Der interessante Fall

Zufallsbefund beim Alkoholiker

Aortendissektion blieb unbemerkt

Abb. 1 Der Röntgenthorax zeigt eine aneurysmatische Erweiterung der Aorta ascendens.

Abb. 2 Transösophageale Echokardiografie: Großes diszeziertes Aortenaneurysma mit weitem falschen Lumen.

Bei der klinischen Untersuchung eines Patienten mit Alkoholkrankheit fielen ein leises diastolisches Herzgeräusch und eine Blutdruckdifferenz zwischen beiden Armen auf. Röntgenthorax und transösophageale Echokardiografie ergaben überraschenderweise ein diszeziertes Aortenaneurysma. Auch auf genaueres Befragen verneint der Patient jegliche Symptomatik.

■ Bei einem 60-jährigen Patienten ist seit vielen Jahren eine Alkoholkrankheit bekannt. Vor Beginn einer Entwöhnungsbehandlung wird der Patient zur Entgiftung stationär eingewiesen.

Leises Diastolikum

Bei der klinischen Untersuchung finden sich Leberhautzeichen als Hinweis auf eine alkoholtoxische Hepatopathie. Bei der Auskultation des Herzens fällt ein leises Diastolikum über dem Aortenauskultationspunkt auf. Außerdem findet sich eine Blutdruckdifferenz zwischen beiden Armen, wobei der Blutdruck rechts deutlich reduziert ist.

TEE zeigt ausgedehnte Dissektion

Das EKG ist unauffällig, die Röntgenthoraxaufnahme zeigt bereits eine aneurysmaverdächtige Erweiterung der Aorta ascendens. Die daraufhin durchgeführte transösophageale Echokardiografie ergibt ein Aneurysma der Aorta ascendens mit einem Durchmesser von 8 cm mit einer Dissektionsmembran und einem falschen Lumen mit einem Durchmesser von 26 mm. Die Dissektion beginnt wenige Zentimeter distal der Klappenebene und reicht bis zum Aortenbogen. An der Aortenklappe findet sich eine hämodynamisch gering wirksame Aorteninsuffizienz zweiten Grades.

Sofortige Operation

Nach der Verlegung in ein herzchirurgisches Zentrum erfolgt noch am gleichen Tag die Operation. Intraoperativ zeigt sich, dass die Dissektion in die Arteria pulmonalis und den Truncus brachiocephalicus reicht. Der operative Eingriff umfasst eine Aortenklappen-

rekonstruktion nach Dekompression der Aortenwurzel und einen Ersatz der Aorta ascendens durch eine Rohrprothese. Darüber hinaus wird die Arteria pulmonalis durch die Implantation eines Rinderperikard-Patch rekonstruiert und auch der Truncus brachiocephalicus erfordert eine Rekonstruktion. Der postoperative Heilungsverlauf gestaltet sich komplikationslos.

Warum symptomlos?

Bei jedem akut einsetzenden starken thorakalen Schmerz muss an eine Aortendissektion gedacht werden. Die Anamnese erlaubt nicht immer eine zuverlässige Abgrenzung von einem akuten Koronarsyndrom. Typisch für die Aortendissektion sind jedoch das Auftreten einer Aorteninsuffizienz und seitendifferente Blutdruckwerte bzw. das Fehlen von Pulsen.

Warum in dem geschilderten Fall der Patient keinerlei Beschwerden verspürte, lässt sich nicht eindeutig erklären. Man muss jedoch davon ausgehen, dass der Patient zum Zeitpunkt der Dissektion stark alkoholisiert war, sodass er sich später an dieses Ereignis nicht mehr erinnern konnte.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

Fabula docet

Auch wenn eine Aortendissektion im Allgemeinen mit einer starken thorakalen Symptomatik einhergeht, kann in bestimmten Situationen, z.B. bei Patienten unter Alkoholeinfluss oder analgetischer Therapie, die typische Symptomatik fehlen.