tienten mit einer bekannten KHK. „Hier empfehlen sich vorrangig Atenolol und Bisoprolol“, so Osterhues.

Was die Behandlung mit ASS betrifft, sollte man präoperativ das Blutungs- und Thromboserisiko gegeneinander abwägen. Abgesetzt werden sollte ASS

aber nur, wenn die hämostatische Kontrolle im Rahmen des Eingriffs schwierig ist.

Dies gilt insbesondere für Patienten mit einem Stent. „Bei solchen Patienten ist eine ASS-Pause nur dann zu vertreten, wenn eine lebensbedrohliche Blu-

tung zu erwarten ist“, erklärte Osterhues.

Dr. Peter Stiefelhagen

Quelle: 36. BNK-Jahrestagung, 13.06.2015 in Berlin

Aortenaneurysma: Die OP als Auslaufmodell?

Aortenaneurysmen werden oft zufällig entdeckt. Sie können sich aber auch als akute Dissektion bzw. Ruptur manifestieren. Um eine solche lebensbedrohliche Situation zu verhindern, sollten Risikopatienten gescannt werden. Doch ab welchem Durchmesser ist eine Therapie empfehlenswert und wie sollte sie erfolgen, interventionell oder operativ?

Die Prävalenz von Aortenaneurysmen und auch die Zahl der therapeutischen Eingriffe hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen“, berichtete Prof. Holger Eggebrecht vom Cardiologischen Centrum Bethanien in Frankfurt a.M. Dies sei das Ergebnis entsprechender Screeninguntersuchungen. Aortenerkrankungen werden heutzutage deshalb häufiger diagnostiziert.

Diagnoseverfahren der Wahl

Die Methode der ersten Wahl insbesondere bei einer Aortenerkrankung ist die Computertomografie (CT). Als komplementäre Bildgebung ist eine transthorakale bzw. transösophageale Echokardiografie (TTE bzw. TEE) sinnvoll. Im Falle einer akuten Aortendissektion darf sie aber zu keinem Zeitverlust führen. Bei stabilen Patienten – besonders bei einer akuten Aortendissektion – kommt die sofortige TTE auch als primäres Verfahren infrage.

Das MRT spielt nur zur Verlaufsbeurteilung eine Rolle, z. B. bei jungen Patienten mit einem Marfan-Syndrom. „Bei Verdacht auf eine akute Aortendissektion empfiehlt sich auch immer die Bestimmung der D-Dimere, allerdings nur bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit“, erklärte Eggebrecht. Sind nämlich bei solchen Patienten die D-Dimere negativ, ist eine akute Dissektion so gut wie ausgeschlossen.

Bei negativem Ergebnis in der Bildgebung und persistierenden Beschwerden sollte die Diagnostik wiederholt werden.

Auch sollte bei einem thorakalen Aortenaneurysma immer die gesamte Aorta beurteilt werden, da nicht selten das thorakale und abdominale Aneurysma zusammen vorkommen.

Operationskriterien

Das Ascendensaneurysma ist immer noch eine Indikation für eine Operation. Bei asymptomatischen Patienten sollte diese bei einem Durchmesser >5,5 cm erfolgen. Bei Patienten mit einer bikuspidalen Aortenklappe bzw. Risikofaktoren wie rasche Größenzunahme oder familiärer Disposition für eine Dissektion sollte bereits ab einem Durchmesser von 5,0 cm operiert werden. Nur bei einem Marfan-Syndrom gelten >5 bzw. >4,5 cm als OP-Kriterien.

Ist diese Größe noch nicht erreicht, sollte der Blutdruck auf <140/90 mmHg und auch die anderen kardiovaskulären Risikofaktoren streng eingestellt werden. Kontrollen sind bei einem Durchmesser von 3,5 bis 4,4 cm jährlich, bei 4,5 bis 5,4 cm halbjährlich empfehlenswert. Auch ein Bogenaneurysma sollte ab einem Durchmesser von >5,5 cm operiert werden.

Bei einem Descendensaneurysma ist heutzutage dagegen die thorakale Aortenstentgraftimplantation (TEVAR) zu bevorzugen; nur bei Patienten mit Marfan-Syndrom oder Patienten mit einem Aneurysma-Durchmesser von >6 cm ist die Operation weiterhin die Methode der Wahl.

Wann ist ein Screening sinnvoll?

Die Letalität des ruptierten Bauch-aortenaneurysmas liegt bei 60 bis 70%. Dem steht eine OP-Letalität von <5% gegenüber, bei Implantation eines Stentgrafts (EVAR) sogar von nur 1%. „Daher empfiehlt sich ein Screening bei allen Männern und bei rauchenden Frauen ab dem 65. Lebensjahr“, sagte Eggebrecht. „Der Kardiologe sollte bei solchen Patienten mit dem TTE-Schallkopf immer mal schnell auf den Bauch schauen.“

Abdominale Aneurysmen sollten ab einem Durchmesser von 5,5 cm oder bei einer Größenzunahme >10 mm/Jahr operiert oder gestentet werden. „In den Leitlinien werden bei geeigneten Patienten beide Verfahren als gleichwertig empfohlen“, so Eggebrecht. Doch in der „real world“ ist die perioperative Sterblichkeit beim Stentgraft geringer: Vor allem Myokardinfarkte und Nierenversagen treten seltener auf und der Patient erholt sich nach dem Eingriff schneller.

Lebensbedrohliche Dissektion

Eine Aortendissektion, auch akutes Aortensyndrom genannt, ist immer eine potenziell lebensbedrohliche Situation, die einer sofortigen Diagnostik und Therapie bedarf.

Während eine Typ A-Aortendissektion umgehend operiert werden muss, kann eine unkomplizierte Typ B-Dissektion medikamentös behandelt werden, wobei die optimale Blutdruckeinstellung im Vordergrund steht.

Im Falle einer komplizierten Typ B-Dissektion wird die Stentgraftimplantation empfohlen. Dazu gehören Patienten mit rekurrierenden Schmerzen, nicht ausreichend einstellbarer Hypertonie, Malperfusion, früher Expansion der Aorta oder drohender Ruptur (Hämatothorax, mediastinales Hämatom).

Dr. Peter Stiefelhagen