

KLINIKUM KARLSBURG

HERZ- UND DIABETESZENTRUM



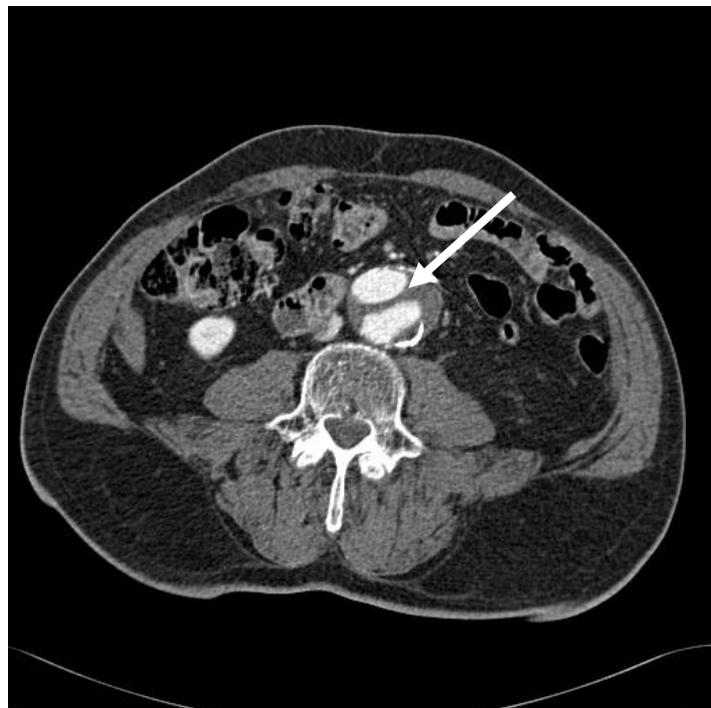
CHEST PAIN UNIT

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.



Leitlinie Akutes Aortensyndrom

2018



Gültig ab 01.02.2018
Gültig bis 31.01.2020
Autorisiert: WM

MERKE:

1. Die Behandlung eines Patienten mit Verdacht auf ein akutes Aortensyndrom wird oberärztlich geleitet und verantwortet!
2. Über das Eintreffen wird der diensthabende Oberarzt der Klinik für Herzchirurgie verständigt (Operationsbereitschaft)!
3. Patienten die wegen eines Akuten Aortensyndroms nach Karlsburg verlegt werden, werden in der Regel sofort in das HKL/Chest Pain Unit verbracht.
4. Befindet sich der Patient in einem schweren Schock oder ist beatmet, wird der Pat. zunächst zur HKL-Vorbereitung oder weiteren Diagnosefindung auf die Intensivstation aufgenommen. Dort erfolgt dann die Verlegung in das HKL bzw. CT!
5. Das HKL-Personal wird über die Pforte (Tel. 91) alarmiert.
6. Bei Unklarheiten immer den/die diensthabende(n) Oberarzt/ärztin fragen!

Erstversorgung auf der Chest Pain Unit im HKL:

- Übergabegespräch mit dem begleitenden Notarzt.
- Patienten mit V. a- einem akuten Aortensyndrom werden sofort mit EKG-Monitoring überwacht.
- Blutabnahme (Routinelaborwerte Klinikum Karlsburg inkl. Troponon) und Bestimmung der **Blutgase!**
- Anamnese (Bluthochdruckerkrankung)
- Körperliche Untersuchung und Herzauskultation (Diastolikum als Zeichen einer Aortenklappeninsuffizienz?)
- Registrierung eines 12 Kanal EKG's (**DD: Akutes Koronarsyndrom**)
- Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie (Perikarderguß, Ansicht der prox. Aorta ascendens, Aortenklappeninsuffizienz?).
- Röntgenthorax (Mediastinalverbreiterung, Pleuraerguß)
- **danach Entscheidung über sofortige CT-Angiographie der gesamten Aorta und der Beckenstrombahn**

Symptomatik:

Typisch für die Aortendissektion und Leitsymptom ist ein heftiger und plötzlich einsetzender Schmerz, der von 80 – 96 % aller Betroffenen beschrieben wird. Er wird oft als reißend oder stechend erlebt und beginnt in der Regel sofort mit maximaler Intensität. Meist ist er so stark, dass das Ereignis von Patienten, Angehörigen und auch Ärzten als hochakut und bedrohlich eingeschätzt wird. Nicht selten krümmen sich die Patienten vor Schmerz oder werden bewusstlos. Bei proximalen Dissektionen beginnt der Schmerz im Brustbereich, bei distalen häufig im Rücken zwischen den Schulterblättern. Knapp jeder fünfte Patient empfindet den Schmerz als wandernd, was mit dem Fortschreiten der Dissektion entlang des Aortenverlaufs begründet wird. Allerdings kann die Dissektion auch schmerzlos („stumm“ oder asymptomatisch) verlaufen, so dass die gelegentlich nur durch Zufall bei beschwerdefreien Menschen entdeckt wird.

Eventuelle weitere Symptome sind seltener, sie werden von den möglichen Komplikationen verursacht:

- Luftnot und Schocksymptome bei einer Herzbeteiligung,
- Schmerzen in den betroffenen Extremitäten bei Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine,
- Symptome eines Schlaganfalls bei Beteiligung der hirnversorgenden Arterien,
- Bauch- oder Flankenschmerzen bei Durchblutungsstörungen des Darmes oder der Nieren und
- Lähmungserscheinungen bei einer Minderdurchblutung des Rückenmarks.

Klinische Zeichen:

Typische klinische Zeichen der Aortendissektion selbst gibt es nicht, diese ergeben sich erst aus den möglichen Folgen. Bei größeren Blutverlusten imponieren die Zeichen des Schocks wie Pulsbeschleunigung, Blutdruckabfall und Bewusstseinstörung. Durchblutungsstörungen der Extremitäten führen dort zur Pulsabschwächung oder zum Pulsverlust. Eine Minderdurchblutung des Darmes kann einen Mesenterialinfarkt mit entsprechenden Zeichen verursachen. Durchblutungsstörungen des Gehirns haben Zeichen des Schlaganfalls zur Folge. Eine Aortenklappeninsuffizienz kann bei der Auskultation durch das typische diastolische Herzgeräusch identifiziert werden, während ein Perikarderguss durch eine Abschwächung der Herztöne und einen paradoxen Puls (*Pulsus paradoxus*) auffallen kann.

Organisatorischer Ablauf:

Der diensthabende Kardiochirurg entscheidet nach Abschluss der Diagnostik unter Berücksichtigung der klinischen und bildgebenden Befunde nach enger Rücksprache mit den Fachabteilungen Anästhesie, Radiologie und dem OP-Team über das weitere Prozedere.

Folgende Diagnosen werden nach primärem Angio-CT weiterhin als lebensbedrohlicher Zustand erachtet und intensivmedizinisch oder operativ (vaskulär oder endovaskulär) weiterbehandelt:

- **Akute Dissektion der Aorta (Typ B nach Stanford)**
- **Ruptur der Aorta (thorakal/abdominell) und Iliacalarterien, gedeckt oder offen**
- **Symptomatisches Aneurysma der Aorta (thorakal/abdominell), der Iliacalarterien ohne Rupturzeichen**
- **Symptomatisches penetrierendes Aortenulcus (PAU) und Iliacalarterienulcus.**

Die akute Dissektion der Aorta (Typ A nach Stanford) ist ein lebensbedrohlicher Zustand und wird umgehend an die Kollegen der Kardiochirurgie zur operativen Versorgung abgegeben.

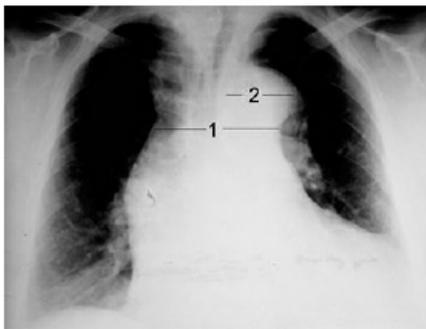
Formen thorakaler Aneurysmen:

			
Häufigkeit	60 %	10-15 %	25-30 %
Typ	DeBakey I	DeBakey II	DeBakey III
	Stanford A		Stanford B
	Proximal		Distal
Tab. 1: Klassifikationen der Aortendissektion nach DeBakey und P. O. Daily			

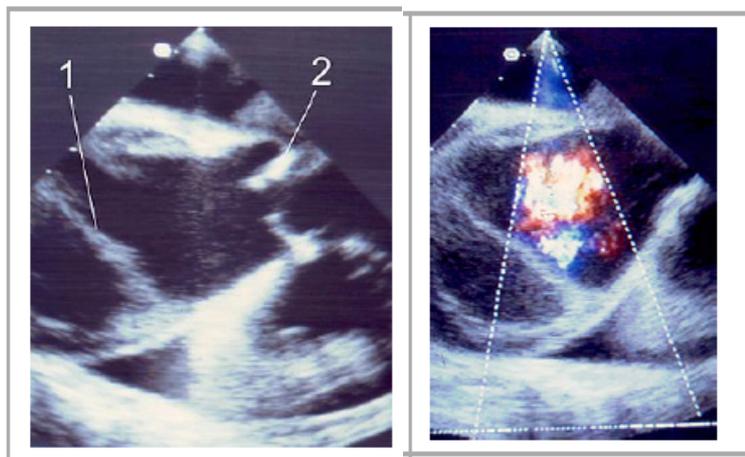
Die Art des Therapieverfahrens (offen chirurgisch vs. interventionell vs. Hybridverfahren) richtet sich in erster Linie nach dem generellen Allgemeinzustand des Patienten, der zugrunde liegenden Pathologie (Dissektion, Aneurysma, Ulcus) sowie der Topographie und ist nicht zuletzt abhängig von der verfügbaren logistischen OP-Kapazität. Der Patient wird grundsätzlich notfallmäßig und angepasst an den Patientenzustand über alle technisch möglichen Therapiealternativen aufgeklärt. Die Entscheidung über die durchzuführende Therapie wird von den diensthabenden Fachärzten interdisziplinär im Konsens getroffen.

Sollte eine sofortige Versorgung nicht möglich sein, so wird der Patient in Begleitung des behandelnden Anästhesisten bis zur operativen Versorgung auf eine Intensivstation verlegt.

Ist die konservative Therapie indiziert (unkomplizierte B-Dissektion, Aortenulcus, etc.), wird der Patient in Begleitung des behandelnden Anästhesisten bis zur Versorgung auf eine Intensivstation verlegt. Die Koordination der Intensivkapazitäten unterliegt dem diensthabenden Oberarzt für Anästhesie.



Röntgenaufnahme (Thorax) mit verbreitertem Mediastinum und Aortenknopf



Transösophageale Echokardiographie (TEE): Dissekatationsmembran und Fluß im wahren Lumen.