

Aortenfehlbildungen

2016

Dr. Abidin Geles

1-) Aortenisthmusstenose (Coarctatio aortae, COA): Hochgradige Stenose am Abgang der Aortenbogens, distal des Abganges der A. subclavia. Diese können zusammen mit offenem PDA zusammen auftreten. Man kann sie diesbezüglich in präductale und postductale Aortenisthmusstenosen unterteilen.

Präductale Aortenisthmusstenose: Auch als infantiler Typ bezeichnet. Es tritt fast ausschliesslich bei den Neugeborenen auf. Der Ductus ist meistens offen und die Engstelle liegt proximal der ductalen Einmündungsstelle. Volums- und Druckbelastung führen zu einer Linksherzinsuffizienz. Spontanverschluss des Ductus führt zur klinischen Verschlechterung, daher muss der Ductus mit Prostaglandinen wiedereröffnet, eine operative Behandlung ist lebensrettend. Operation erfolgt über eine linksseitige Thorakotomie im 4. ICR. Letalität im Krankenhaus unter 5% seit es Prostaglandine gibt. Wegen Rezidiv bzw. Spätproblemen muss man nach operativer Sanierung in 10-15% erneut intervenieren.

Ductale Aortenisthmusstenose (postductal, juxtaduktal): In Höhe des Ductus liegt die Stenose. Der Ductus ist meistens obliteriert. Diese Form führt auch im Säuglingsalter zur Herzinsuffizienz. Es herrscht ein Blutdruck- und Pulsdifferenz zwischen Armen und Beinen sowie kraniokaudale Kollateralkreislauf über intercostalarterien, Aa. Mammariae und Gefässe der Bauchwand. 60% der nichtbehandelten sterben vor dem 40. Lebensjahr. Todesursachen: Links-herzhypertrophie, Linksherzversagen, koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Insulte, bakterielle Endokarditis, Aortendissektion und -ruptur. Nichtchirurgisch kann man bei älteren Säuglingen und Kindern eine ballondilatation durchführen, wobei hier zu

Spätdissektionen und Aneurysmabildungen führen kann. Operation ist indiziert wenn über dem Isthmus ein Druckdifferenz von 30-40 mmHg herrscht. Operative Mortalität bei 3%, Reinterventionen in 5-10% der Fälle.

2-) Unterbrochener Aortenbogen (UAB): Sehr selten, Klinik ist wie die des präduktalen Coarctatio aortae. Hier gibt es 3 Typen: Typ A, B, C. Oft ist mit anderen Herzfehlern wie VSD zusammen vorkommend. Dieser Herzfehler sollte operativ korrigiert werden. Operationsrisiko ist sehr hoch bei 10-50%.

3-) Doppelter Aortenbogen, Ring- bzw. Aortenbogenschlingenbildungen: Kann symptomlos toleriert werden, jedoch können sie Ösophagus und/oder Trachea komprimieren. Operation wird individuell entschieden über einer linksseitigen Thorakotomie im 4. ICR. Operationsrisiko bei 3%.

Bei Fragen / Feedback bitte E-Mail an abidin.geles@gmail.com

DANKE