



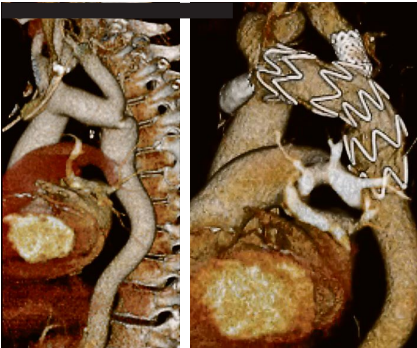
Cave arterieller Hypertonus

Kinderkardiologie-- Aortenisthmusstenose (CoA) wird meist schon bei Neugeborenen diagnostiziert, hochgradige Einengung oder Spontanverschluss des Ductus arteriosus kann zu Herzkreislaufversagen führen und ist zeitnah zu versorgen.

VON PROF. DR. ANGELIKA LINDINGER

Bei Neugeborenen mit deutlich eingeschränkter linksventrikulärer (LV) Funktion oder anderen schweren Erkrankungen (nekrotisierender Enterokolitis, Sepsis, Multiorganversagen) kann als palliative Maßnahme eine Ballondilatation oder die Implantation eines sog. Babystents durchgeführt werden. Ansonsten erfolgt eine OP mit Resektion des verengten Aortenanteils. Bei Erwachsenen werden Aortenisthmusstenosen meist interventionell per Stent versorgt.

In einer von Tobias Giertzsch (AG Prof. Carsten Rickers, UKE) bei der DGPK-Jahrestagung vorgestellten Studie waren Patienten mit CoA und Aufnahmezeitpunkt zwischen 2010 und 2020 inkludiert, die bis zum Alter > 14 Jahre keine solche Therapie erhalten hatten. Aus der klinikinternen Datenbank wurden retrospektiv Daten zu klinischen und therapeutischen Befunden analysiert und geprüft, ob die CoA-Diagnose vorbekannt war und Symptome bestanden.



Links-- CT eines 55-jährigen Patienten. Die native Aortenisthmusstenose fiel bei Koronarangiografie wegen Angina-pectoris-Beschwerden auf: ausgeprägte Aortenisthmusstenose direkt hinter dem Abgang der linken Art. subclavia, mit Torquierung der Aorta descendens. **Rechts--** 6 Monate nach Versorgung der Isthmusstenose mit covered Stent; ein weiterer Stent wurde im Abgang der linken Art. subclavia nach Perforation des Covers des Isthmusstents per Laserkatheter implantiert. Zu sehen ist die jeweils komplett erhaltene Gefäßperfusion. © G. Müller u. T. Kölbel, UKE.

87 % hatten keine CoA-Diagnose

Insgesamt wurden 36 Patienten identifiziert, die im mittleren Alter von 32 (14 bis 63) Jahren versorgt worden waren, 78 % per Stentimplantation und 17 % mit chirurgischer CoA-Resektion. Bei 87 % war eine CoA-Diagnose vorher nicht bekannt. In 23 % der Fälle konnte die Verdachtsdiagnose definitiv erst nach MRT-Untersuchung gestellt werden. In allen Fällen lag eine arterielle Hypertonie vor, die Blutdruckwerte sanken nach dem Eingriff signifikant (systolischer RR: von m = 165 mmHg auf 133 mmHg; diastolischer RR: von m = 93 auf 78 mmHg), 70 % der Patienten mussten aber weiter antihypertensiv therapiert werden.

Die Autoren folgern aus ihren Anamnesen, dass die überraschend hohe Zahl spät erkannter CoA an zurückhaltender Diagnostik im haus- und fachärztlichen Bereich liegt. Bei ungeklärter Ursache von arteriellem Hypertonus greift daher folgender Diagnosealgorithmus:

- Blutdruckmessung am Arm rechts und links und an beiden Beinen (gleiche Blutdruckmanschette am distalen Unterschenkel),
- Tasten der Femoralispulse und
- Auskultation des Herzens infraklavikulär sowie am Rücken zwischen den

Schulterblättern (Cave: das CoA-Geräusch ist selten lauter als 2/6).

Grundsätzlich soll eine CoA operativ oder interventionell behandelt werden bei:

- systol. Blutdruckgradienten ≥ 20 mmHg (Arm-Bein-Gradient oder mittlerer dopplersonografischer Gradient),
- bzw. systol. Blutdruckgradienten < 20 mmHg mit zugleich Vorliegen eines ar-

teriellen Hypertonus und morphologisch bedeutsamer Stenose.

Die Prognose hinsichtlich persistierender arterieller Hypertonie ist umso günstiger, je früher der Eingriff erfolgt ■

Kontakt-- Prof. Dr. med. Carsten Rickers, Leiter Sektion EMAH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/UKE; c.rickers@uke.de

FAZIT

- ▲ Ein arterieller Hypertonus kann ein Hinweis auf eine nicht diagnostizierte CoA sein.
- ▲ Bei Verdacht auf CoA sollte daher ein Diagnosealgorithmus begonnen werden (Blutdruck/Femoralispulse/Auskultation).
- ▲ Eine frühe Intervention ist prognostisch günstig.

Kardiologie.org

Fundiert in der Kardiologie. Smart in der Fortbildung.

Jetzt neu: eAcademy

73/m mit Schwindel und Dyspnoe

EKG Intensivkurs

Bei einem 73-jährigen Patienten bestehen Schwindel und Dyspnoe unter Belastung.

Welche Aussage trifft zu?

- Es besteht Vorhofflattern mit unregelmäßiger Überleitung.
- Es besteht ein AV-Block III°.
- Es besteht ein AV-Block I° und ein unbestimmter Schenkelblock.
- Es besteht ein AV-Block II° Typ Wenckebach (= Mobitz 1).
- Es besteht ein AV-Block II° Typ Mobitz (= Mobitz 2).

Jetzt neu für Sie:

- Digitale Fortbildung in der Kardiologie
- Intensivkurs EKG mit 12 CME-Punkten
- CME-zertifizierte Webinare der DKG Akademie
- Regelmäßig neue CME-Fortbildungen



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



BNK
 Bundesverband
 Niedergelassener
 Kardiologen



Springer Medizin