

# Dyspnoe und ...



Abbildung 1: Großes falsches Lumen (Pfeil) bei thorakalem Aortenaneurysma.

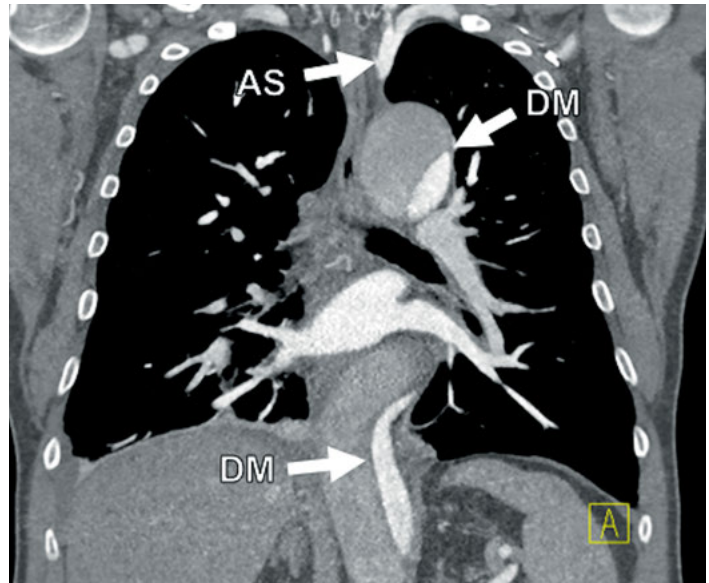


Abbildung 2: Ausmaß der Dissektion (Dissektionsmembran – DM) und die regelrechte Kontrastierung der Arteria subclavia (AS) links.

## Anamnese

Ein 71-jähriger Patient stellt sich zur Abklärung von seit einigen Monaten bestehender Dyspnoe in unserer Klinik vor. Bei dem Patienten besteht ein aktiver Zigarettenabusus mit 40 pack years; des Weiteren sind keine Vordiagnosen und Vorerkrankungen bekannt. Die letzte ambulante ärztliche Vorstellung des Patienten erfolgte vor ca. 20 Jahren. Der zuweisende Arzt vermutet eine interstitielle Lungenerkrankung. In einer ambulant durchgeführten Röntgen-Thorax-Untersuchung zeigte sich laut auswärtigem Befund eine Mediastinalverbreiterung.

## Diagnostik und Therapie

In der klinischen Untersuchung imponierten ein 3/6-Holosystolikum über Mitralis und deutliche Beinödeme. In der unmittelbar ergänzten Echokardiografie stellte sich eine leichtgradig reduzierte systolische Pumpfunktion mit inferiorer, apikaler und lateraler Hypokinesie und Thrombus im Bereich des Apex dar. Die Aortenweite war normal. Zudem zeigte sich eine hochgradige Mitralklappeninsuffizienz. Wir interpretierten die Dyspnoe des Patienten als Folge einer kardialen Dekompensation bei hochgradiger Mitralklappeninsuffizienz. Bei Mediastinalverbreiterung im auswärtigen Röntgen-Thorax führten wir zum Ausschluss eines Aorten-

aneurysmas ergänzend eine CT-Thorax mit Kontrastmittel durch. Hier zeigte sich nebenbefundlich kein Hinweis für eine interstitielle Lungenerkrankung, jedoch oben dargestellter Befund.

## Fazit

Es zeigt sich eine Aortendissektion Stanford Typ B. Der Patient hatte zuvor nie thorakale reißende Schmerzen; es handelt sich um einen Zufallsbefund. CT-grafisch zeigt sich bei insgesamt kleinem wahren Lumen eine regelrechte Perfusion des Truncus coeliacus, der Arteria mesenterica superior sowie bei beiden Nierenarterien aus dem wahren Lumen sowie eine Reperfusion des falschen Lumens unmittelbar auf Höhe der Iliacalbifurkation und eine dadurch erhaltene Perfusion der rechten Beckenstrombahn. Der Blutdruck war nicht erhöht. Bei unklarer Dynamik der Dissektion erfolgte drei Stunden nach Aufnahme eine notfallmäßige Verlegung des hämodynamisch stabilen und beschwerdefreien Patienten in die Abteilung für Gefäßchirurgie einer nahe gelegenen Klinik. Hier wurde der Entschluss gefasst, bei sehr kleinem wahren Lumen ein Stenting der thorakalen Aorta vorzunehmen. Im weiteren Verlauf gilt es zu klären, ob Mitralklappeninsuffizienz und Dissektion Folgen einer Grunderkrankung sind (zum Beispiel Ehlers-Danlos-Syndrom, Marfan-Syndrom).



Abbildung 3: Reperfusion (Pfeil) des falschen Lumens aus dem wahren Lumen auf Höhe der Iliacalbifurkation und die somit erhaltene Kontrastierung des rechten Beines.

## Autoren

Dr. Arno Mohr<sup>1</sup>,  
Christoph Lerzer<sup>1</sup>,  
Dr. Benedikt Pregler<sup>2</sup>,  
Professor Dr. Michael Pfeifer<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> Abteilung für Pneumologie, Klinik  
Donaustauf, Ludwigstraße 68,  
93093 Donaustauf

<sup>2</sup> Institut für Röntgendiagnostik, Uniklinikum  
Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11,  
93053 Regensburg