

Diagnostische Fallstricke bei einem fistelnden Bauchaorten-Aneurysma

R. Gönner, R. Gurtner, M. K. Widmer*, A. Schnetzer
Bürgerspital Chirurgie, Solothurn, *Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Bern

16.22 h

Eintritt in die Notaufnahme



18.12 h

CT Thorax

- keine Lungenembolie
- keine A-Dissektion



18.43 h

Echokardiografie

- Rechtsherzbelastung
- Stenose der RCA und RCX



19.19 h

Coronarangiographie

- Verbreiterung der Aorta
- High output mit V.a. Aortenaneurysma



21.05 h

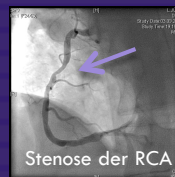
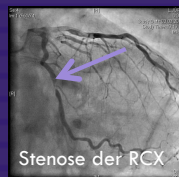
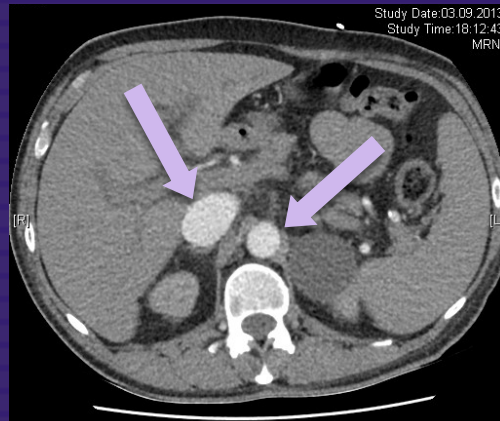
CT Angiografie

- BAA 9,8 x 8,6 cm
- Fistel in die Vena cava



22.38 h

Offene Implantation einer Y-Prothese,
Verschluss der Perforationsstelle
gegen die V. cava
mittels einer Prolene Naht.



Anamnese

60 jähriger Patient mit
Kiefer- und Rückenschmerzen,
Synkope beim Arbeiten, Herzstolpern

Klinik

Hypotonie bis RR 90/40 mmHg,
Tachykardie bis 130/min
EKG: ST-Senkungen anterolateral,
Troponin 0,15 µg/l (Norm: ≤ 0,1 µg/l)
D-Dimer 4068 µg/l (Norm: ≤ 243 µg/l)

Diskussion

Eine aorto-cavale Fistel ist eine seltene
Komplikation eines rupturierten BAA mit
einer Inzidenz von 3-6%.

Hämodynamisch führt sie zu einer
kardiopulmonalen Dekompensation.
Durch die hohe Flussrate in den
Nierenvenen kann sie auch zu einem
akuten Nierenversagen führen.

Als Standardverfahren (seit 1955) wird
die Fistel mit einer fortlaufenden
Naht verschlossen.

Die erste endovaskuläre Versorgung
wurde durch Beveridge 1998 durchgeführt.
Bisher sind in der Literatur nur
Einzelfälle beschrieben.

Take home
message

Bei einer aorto-cavalen Fistel stellt sich in der früharteriellen Phase
die **Vena cava isodens zur Aorta kontrastiert** dar.
Im CT Thorax hätten wir deshalb schon 3 Stunden früher die Diagnose
eines arterio-venösen Shunts stellen können.