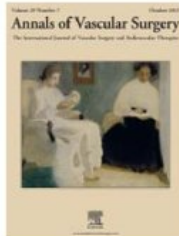


Embolisation



Dorigo W, Pulli R, Azas L et al. Early and Intermediate Results of Elective Endovascular Treatment of True Visceral Artery Aneurysms. *Ann Vasc Surg* 2015; 30: 211 – 218

Endovaskuläre Therapien echter inzidenteller Aneurysmen mit vielversprechendem Langzeiterfolg

Durch die Anwendung nicht-invasiver Diagnoseverfahren werden Aneurysmen der Viszeralarterien (AVA) vermehrt als Zufallsbefunde entdeckt. Jedoch stellt ein asymptomatisches AVA infolge des steigenden Rupturrisikos in Relation zur arteriovenösen Wachstumsrate eine im Akutfall lebensbedrohliche Notfallsituation mit einer Letalität von 20–70% dar. Dorigo et al. werteten hierzu Therapie und Follow-up nach endovaskulärer Versorgung von klinisch relevanten AVAs (2007–2013) unter Berücksichtigung der Krankheitsbilder und der eingesetzten Interventionstechniken aus.

Die Revision aller prä-, intra- und postinterventionellen Studiendaten erfolgte im Rahmen einer monozentrischen, retrospektiven Kohortenanalyse an 26 Patienten (Alter median: 60 Jahre [range 23–79], Geschlecht: 12/14 m/w; Komorbiditäten: arterielle Hypertonie 54%; COPD, HLP je 27%; KHK, Rauchen je 23%).

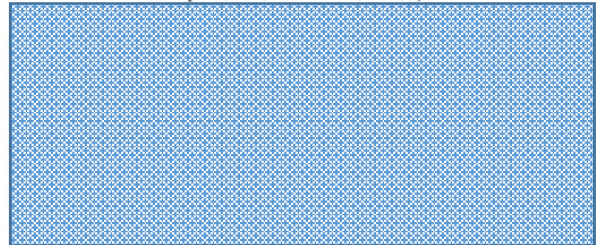
Bei bildgebender Diagnose (Angio-CT, Doppler-Sonografie [DUS]) waren die asymptomatischen Abdominalaneurysmen vor Intervention im Mittel um 22,8 mm (range 10–38 mm) erweitert. Eine endovaskuläre Ausschaltung der AVAs (EVAR) richtete sich nach deren (z. B. sacciformer) Morphologie, Konfiguration (Beurteilung Perfusionsmuster, Exklusion peripherer AVAs) sowie nach deren Lokalisation (A. splenica n = 17, 65,5%; A. hepatica communis n = 3, 11,5%; A. renalis und pancreaticoduodenalis n = 2/2, je 15%; A. gastroduodenalis und coeliaca n = 1/1, je 8%).

Die standardisierten Kathetertechniken umfassten Coilings (n = 16, bei n = 3 Trägergefäß unzugänglich), Covered-Stents (n = 4) und Multilayer-Stents (n = 3), welche unter Lokalanästhesie (\pm Analgosedierung) und mittels intraoperativer Heparin-gabe von 5000 IU i. v. über einen femoralen (n = 24) \pm konkomitanten brachialen (n = 2) Zugang gesetzt wurden. Die postoperative Medikation aller Coil- bzw. Stent-Patienten sah zudem eine antithrombotische Mono- bzw. Kombinationstherapie über mindestens 1 Jahr vor.

Die Autoren bewerteten das therapeutische Ansprechen einer EVAR anhand engmaschiger Bildkontrollen während und nach <30 Tagen (= Frühphase) sowie in der Nachbeobachtung (medi-

an 18 Monate [range 1–52]) sowohl via akuter Bewertungskriterien (technische Effektivität, Mortalität, lokale/systemische Morbidität, evtl. Therapiebedarf via OAR) als auch mittels langfristiger Kennziffern (maximaler Durchmesser Gefäßläsion, Verschlussqualität, Überlebens- und Komplikationsraten, evtl. Rekanalisation mittels EVAR/OAR).

Kein Patient verstarb infolge der Interventionen, noch waren EVARs in der Nachbeobachtung notwendig. Im Detail: Bei insgesamt 23 final via EVAR behandelten Patienten traten mit Ausnahme eines in der Frühphase erneut therapierten Coiling-induzierten Milzinfarktes (30-Tages-Morbiditätsrate: 1/23; 4,3%) sowie exklusiv der im Follow-up lediglich kontinuierlich überwachten, asymptomatischen Befunde (Thrombose/Endoleckage/Neo-AVA distal: je 1 Patient) keine weiteren evtl. interventionsbedingten Komplikationen auf (2-Jahres-Komplikations- und Interventionsrate: 7/26; 27% bzw. 1/23; 4,3%). Der mittlere AVA-Durchmesser betrug nach letzter DUS 20,2 mm (prä- vs. postinterventionelle Reduktion: $p=0,001$; 95%-KI: 1,9–5,2).



CA