

Flottierender Thrombus in der Aorta descendens

Fritz Widmer^a, Attila Szönyi^b

^a Medizinische Klinik, Kardiologie, Kantonsspital, Münsterlingen

^b Chirurgische Klinik, Gefässchirurgie, Kantonsspital, Münsterlingen

Fallbeschreibung

1995 hat die 63-jährige Frau eine tiefe Venenthrombose und einen zerebrovaskulären Insult mit Hemisyndrom links erlitten. Ende Januar 2008 notfallmässige Hospitalisation wegen Unterbauchschmerzen. Bei unklarem Abdomen wurde ein Abdomen-CT durchgeführt, das einen Thrombus-verdächtigen Befund in der Aorta descendens zeigte. In der transösophagealen Echokardiographie (TEE) fand sich ein grosser, wurstförmiger, proximal an der Wand anhaftender, distal frei flottierender, das aortale Lumen zu 80% obstruierender Thrombus (Abb. 1 und 2). Die gesamte Aorta zeigte eine schwere Atheromatose mit ins Lumen hineinragenden atheromatösen Plaques (Abb. 3). Ein offenes Foramen ovale lag nicht vor. Die Patientin wurde intravenös liqueminiert. Trotzdem kam es 3 Tage später zu einer akuten Embolisierung in das Splanchnikus-Gebiet und die rechte untere Extremität. Die notfallmässig durchgeführte Operation bestand in einer Dünndarmresektion bei Mesenterialinfarkt und einer Embolektomie aus der rechten A. poplitea. Die intravenöse Liqueminiierung wurde weitergeführt. 9 Tage später trat ein Milzinfarkt auf, was eine Splenektomie und Pankreasschwanz-Resektion nötig machte. Im präoperativen TEE waren nur noch wandständige Restthromben erkennbar (Abb. 4). 2 Wochen später wurde die Patientin oral antikoaguliert entlassen. Nur 3 Tage danach Wiedereintritt mit akut aufgetretenen Bauchschmerzen. Im Abdomen-CT fand sich dieses Mal ein umflossener Thrombus in der juxtarenalen Aorta und mehrere kleinere Niereninfarkte. Daraufhin wurde direkt aortal thrombektomiert. Der weitere Verlauf komplizierte sich durch eine Pneumonie, an der die Patientin verstarb.

Kommentar

Thrombenbildungen in atheromatös veränderter Aorta descendens sind keine Seltenheit und stellen für den Patienten immer eine bedrohliche Situation dar [1]. Therapeutisch besteht ein Dilemma. Oft werden aortale Thromben nach einer Embolie ins Splanchnikus-Gebiet oder die unteren Extremitäten entdeckt. Eine intravenöse Thrombolyse-The-

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Abbildung 1

TEE, Aorta descendens, Kurzachse: beweglicher, umflossener, lumenobstruierender Thrombus.

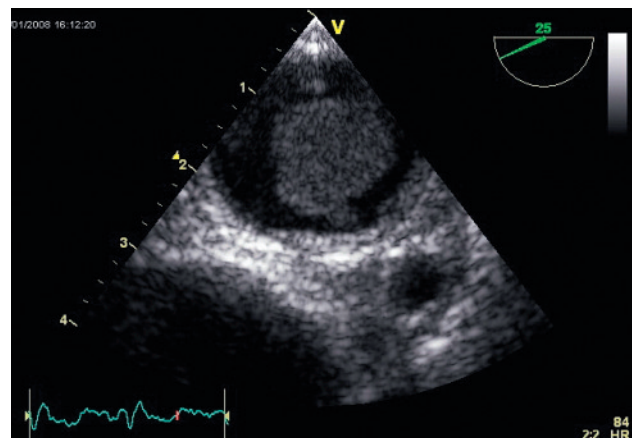
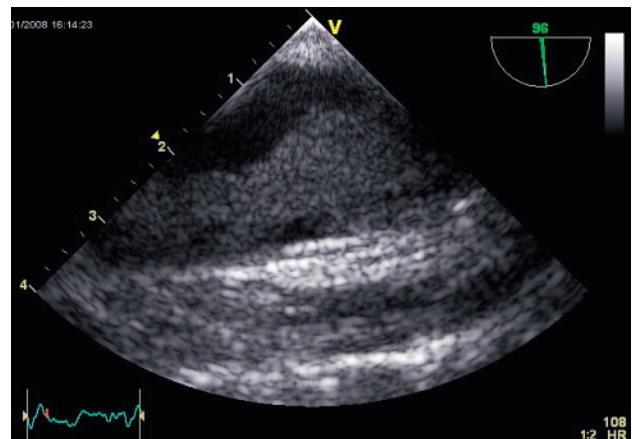


Abbildung 2

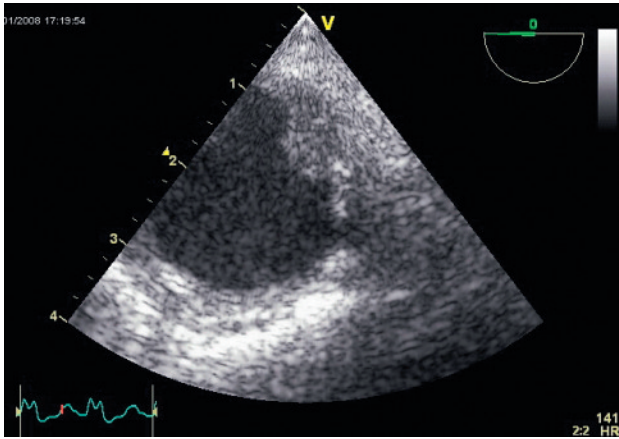
TEE, Aorta descendens, Längsachse: am proximalen Ende der Wand anhaftender Thrombus.



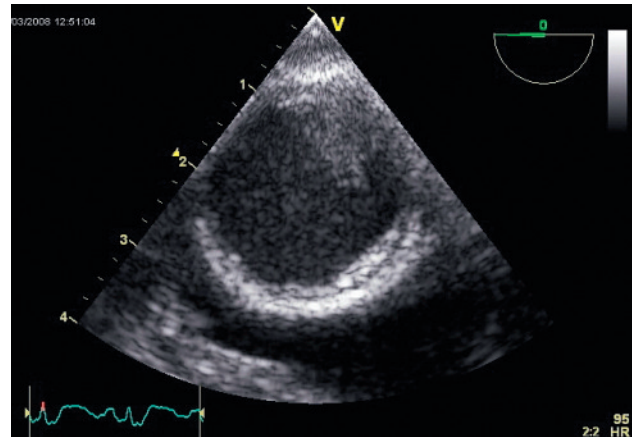
Korrespondenz:
Dr. med. Fritz Widmer
Leitender Arzt Kardiologie
Medizinische Klinik
Kantonsspital
CH-8596 Münsterlingen
Fritz.Widmer@stgag.ch

Abbildung 3

TEE, Aorta descendens, Kurzachse: atheromatöse Plaques.

**Abbildung 4**

TEE, Aorta descendens, Kurzachse: nach Embolisation.



rapie kann kaum je durchgeführt werden, weil Rezidiv-Embolien erwartet werden müssen. Die Therapie der ersten Wahl stellt die intravenöse Liquefizierung mit anschließender oraler Antikoagulation dar. In seltenen Fällen ist ein chirurgisches Vorgehen (Embolektomie) durch direkte Aortotomie oder ein interventionelles Vorgehen (Graft-Stenting) als Therapie zweiter und dritter Wahl beschrieben [2, 3]. Trotz adäquater Therapie ist der Verlauf dieser Erkrankung unvorhersehbar, weil eine schwer atheromatös veränderte Aorta thrombogenes Substrat per se ist. Zur frühen Diagnosestellung und zur Verlaufskontrolle ist die transösophageale Echokardiographie gut geeignet.

Literatur

- 1 Egred M. The aorta: an important but frequently underestimated source of emboli. *Eur J Internal Med.* 2002;13:336–9.
- 2 Choukroun EM. Mobile thrombus of the thoracic aorta: diagnosis and treatment in 9 cases. *Ann Vasc Surg* 2002;16:714–22.
- 3 Piffaretti G. Endovascular treatment for mobile thrombus of the thoracic aorta. *Eur J Cardio Thorac Surg.* 2007;32:664–6.