Kritischer Kommentar

A.

Valesky

Prof. Dr. med. A. Valesky, Chirurgische Klinik, Stadt Krankenhaus Hanau, Leimenstraße 20, W-6450 Hanau 1

Chirurgische Klinik Stadt Krankenhaus Hanau

In der vorliegenden Arbeit zum rupturierten Bauch-aortenaneurysma werden dessen Häufigkeit, Symptomatologie, diagnostische Möglichkeiten und perioperative Organisation nach derzeitigem Erkenntnisstand ausführlich dargestellt. Detaillierte Hinweise finden sich zur Operationstechnik, insbesondere zu den verschiedenen Möglichkeiten einer Kontrolle der proximalen Aorta. Die Meinung des Autors, daß die subdiaphragmale Abklemmung der Aorta wegen der oft tiefreichenden Zwerchfellschenkel und des Ösophagus Schwierigkeiten macht, kann aus persönlicher Erfahrung nicht geteilt werden, da die subdiaphragmale Abklemmung bei der gedeckten Ruptur in unserem Bereich routinemäßig seit über 10 Jahren erfolgreich eingesetzt wird (mehr als 100 rupturierte Bauchaortenaneurysmen). Allerdings sollte die Zeitspanne bis zum Umsetzen der Klemme in die typische infrarenale Position nur wenige Minuten betragen. Bei freien Rupturen ist für das kontrollierte Setzen einer Klemme keine Zeit. In diesen Fällen muß die Blutung augenblicklich durch stumpfe Fingerpräparation und Okklusion des Aortenlumens mit dem Daumen gestoppt werden, was aufgrund der durch das Hämatom dissezierten retroperitonealen Strukturen meist leicht und schnell möglich ist.

Die Autoren berichten über 60 Patienten in einem Zeitraum von 15 Jahren. Die Klinikletalität war mit 60 % relativ hoch. Eine Ursache hierfür ist darin zu suchen, daß die Autoren keinen Patienten, der ihre Klinik lebend erreichte, von einer Operation ausschlossen. Ein weiterer Grund ist der hohe Anteil von Rupturen in die freie Bauchhöhle. Bei 23 % trat die freie Ruptur allerdings erst nach Eröffnung der Bauchhöhle auf, wohl als Folge des falschen Bestrebens, möglichst primär infra-renal die Aortenklammer zu setzen, wie die Autoren in der Diskussion selbstkritisch feststellen.

Nur bei insgesamt 16 von 52 Patienten wurde eine Rohrprothese eingesetzt. Bei den übrigen erfolgte die Implantation einer Y-Prothese. Nach heutiger Erfahrung kann bei etwa 60 % der Aneurysmaträger eine Rohrprothese eingesetzt und der Eingriff auf die distale Aorta beschränkt und damit die Implantation der aufwendigeren Y-Prothese vermieden werden. Zur besseren Übersicht ist es manchmal vorteilhaft, die linke Nierenvene zu durchtrennen. Obwohl bei ca. 10 % Durchtrennung der Nierenvene und Schonung der zuführenden Venen von Nebenniere und Genitalapparat keine venöse Abflußstörung der linken Niere entsteht, empfehlen wir die Reanastomosierung nach erfolgter Aortenrekonstruktion. Zusammenfassend möchte ich feststellen, daß die Autoren die klinischen Erfahrungen einer großen Abteilung mit 6 verschiedenen Operateuren offen darstellen und kritisch analysieren und damit ein Stück klinischer Realität vermitteln. Die Tatsache, daß in einzelnen Institutionen die Letalität beim rupturierten Bauchaortenaneurysma fast nahe an 20 % liegt, ist unseres Erachtens nicht allein nur durch die hervorragende Operationstechnik zu erklären. Sicher wird die Letalität auch wesentlich von der Art und Auswahl des Krankengutes

beeinflusst (Definition der Ruptur, Ausschlußkriterien von einer Operation, Einzugsgebiet, Entfernungen, etc.).

Unter Berücksichtigung aller Patienten, die lebend die Klinik erreichen, kann meines Erachtens unter Einsatz einer einfachen und standardisierten Operationstechnik die Letalität unter 50 %, bisweilen auch unter 40 % gesenkt werden.

© 1992 S. Karger GmbH, München