Die Aortendissektion als wichtige Differenzialdiagnose – eine frühe und schnelle Identifizierung rettet Leben

Ksenija Slankamenac

Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich

Der Praxisfall von Meier und Kaczala in diesem Heft beschreibt die Aortendissektion als Ursache für plötzlich einsetzende lumbale Rückenschmerzen, begleitet von einer Sehstörung und von Schwindel [1]. Die akute Aortendissektion ist insgesamt ein seltenes Ereignis (Inzidenz ca. 3/100 000), darf aber aufgrund der akuten lebensbedrohlichen Situation und der immer noch hohen Mortalitätsrate unter keinen Umständen verzögert diagnostiziert oder gar verpasst werden [2, 3]. Bei der Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einer Aortendissektion ist der Ausgang der Erkrankung fatal, und sie sterben, bevor sie die Notfallstation erreichen [2, 3].

Die Verdachtsdiagnose der Aortendissektion gehört daher in die Liste der Differenzialdiagnosen, sobald sich Patientinnen oder Patienten mit klassischen Symptomen wie «plötzlich reissenden Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken» auf der Notfallstation oder bei der Hausärztin/beim Hausarzt vorstellen. Trotz dieser lehrbuchartigen Beschwerden wird in 5 % der Fälle die Aortendissektion als Ursache der Symptome nicht vermutet [4]. Bei Patientinnen und Patienten mit atypischen Symptomen und v.a. bei Frauen wurde die Aortendissektion sogar in 33 % der Fälle nicht als Verdachtsdiagnose gestellt [5].

Bei 17–40 % der Aortendissektionen ist auch eine neurologische Begleitsymptomatik vorhanden, die oft bis zur Vorstellung auf der Notfallstation vollständig regredient ist, sodass sie bei der Erstellung der Differenzialdiagnosen übersehen werden kann [6–8]. Sind die klassischen Symptome aber von neurologischen Ausfällen und/oder Einschränkungen begleitet, wird die Diagnose einer Aortendissektion hochwahrscheinlich und eine sofortige Abklärung ist indiziert und kann Leben retten.

Damit die Aortendissektion früh und schnell diagnostiziert wird, hilft unter anderem der «Aortendissektion Risk Score» von A. Rogers et al.; mit Hilfe dieses Algorithmus kann die Diagnose der Aortendissektion mit einer Sensitivität von 95,7 % gestellt und so eine rasche bildgebende Abklärung eingeleitet werden [9].

In der Notfallmedizin sind solche Algorithmen wie der «Aortendissektion Risk Score» [9] im täglichen Abklärungsablauf fest verankert. Als Ergänzung wenden die Notfallme-

diziner/innen die fokussierte Notfallsonografie an [10–13]. Die fokussierte Sonografie des Herzens dient zur Orientierung und Ausschlussdiagnostik bzw. Bestätigung von kardiovaskulären Verdachtsdiagnosen. In der Peripherie, wie in dem von Meier und Kaczala vorgestellten Praxisfall, wo eine computertomografische Abklärung nicht sofort möglich ist, kann eine solche fokussierte Sonografie von hohem Nutzen und effizient zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose sowie der Einleitung der nächsten Schritte sein.

Die fokussierte Sonografie des Herzens liefert eine schnelle Darstellung und Beurteilung von kardiovaskulärer Anatomie, Morphologie und Funktion [10]. Diese Technik ist auf der Notfallstation bei allen kardiovaskulären Notfällen indiziert und wird von Notfallmedizinerinnen und -medizinern standardisiert zur schnellen Orientierung eingesetzt. Insbesondere ist sie von grossem Nutzen für eine sog. «bedside»-Erstbeurteilung bis zum Eintreffen des Spezialistenteams, darunter auch der Kardiologin/des Kardiologen, die/der dann eine strukturierte Notfallechokardiografie des Herzens durchführt. Die fokussierte Sonografie kreist schnell und effizient die Anzahl der wahrscheinlichen Differenzialdiagnosen ein und leitet die weiteren Notfallabklärungen ein, in dem beschriebenen Fall spezifisch die computertomografische Angiografie.

Aus Sicht der Notfallmediziner/innen ist die fokussierte Sonografie in der Diagnostik wegweisend, lebensrettend und auf jeder Notfallstation unersetzlich.

Bibliografie

1. Meier E, Kaczala G. Lumbale Rückenschmerzen und eine Sehstörung – eine bedrohliche Differenzialdiagnose. *Praxis*. 2021;110: 221–204.
2. Olsson C, Thelin S, Ståhle E, Ekblom A, Granath F. Thoracic aortic aneurysm and dissection: increasing prevalence and improved outcomes reported in a nationwide population-based study of more than 14,000 cases from 1987 to 2002. *Circulation*. 2006;114:2611–2618.
3. Acosta S, Ögren M, Bengtsson H, Bergqvist D, Lindblad B, Zdanowski Z. Increasing incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: a population-based study. *J Vasc Surg*. 2006; 44:237–243.

4. Waxman DA, Kanzaria HK, Schriger DL. Unrecognized cardiovascular emergencies among Medicare patients. *JAMA Intern Med.* 2018;178(4):477–484.
5. Jansen Klomp WW, Brandon Bravo Bruinsma GJ, Peelen LM, Nierich AP, Grandjean JG, van't Hof AW. Clinical recognition of acute aortic dissections: insights from a large single-centre cohort study. *Neth Heart J.* 2017;25(3):200–206.
6. Meszaros I, Morocz J, Szilavi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest.* 2000;117:1271–1278.
7. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). New insights into an old disease. *JAMA.* 2000;283: 897–903.
8. Gaul C, Dietrich W, Friedrich I, et al. Neurological symptoms in type A aortic dissections. *Stroke.* 2007;38(2):292–297.
9. Rogers AM, Hermann LK, Booher AM, et al. Sensitivity of the aortic dissection detection risk score, a novel guideline-based tool for identification of acute aortic dissection at initial presentation: results from the international registry of acute aortic dissection. *Circulation.* 2011;123(20):2213–2218.
10. Neskovic AN, Hagendorff A. Echocardiography in the emergency room. In: Galiuto L, Badano L, Fox K, et al. (Hrsg.) *The EAE textbook of echocardiography*, 1. Aufl. New York; Oxford University Press: 2011. 431–436.
11. Breitzkreutz R, Walcher F, Seeger S. Focused echocardiographic evaluation in resuscitation management: concept of an advanced life support-conformed algorithm. *Crit Care Med.* 2007;35(Suppl):S150–S161.
12. Breitzkreutz R, Price S, Steiger HV, et al. Focused echocardiographic evaluation in life support and peri-resuscitation of emergency patients: a prospective trial. *Resuscitation.* 2010;81:1527–1533.
13. Labovitz AJ, Noble VE, Bierig M, et al. Focused cardiac ultrasound in the emergent setting: a consensus statement of the American Society of Echocardiography and American College of Emergency Physicians. *J Am Soc Echocardiogr.* 2010;23: 1225–1230.

PD Dr. med. Ksenija Slankamenac, PhD

Universitätsspital Zürich
 Institut für Notfallmedizin
 Rämistrasse 100
 8091 Zürich

ksenija.slankamenac@usz.ch