

## **KF-1.6 Pseudoaneurysma der A. hepatica communis mit Kompression der V. portae – eine endovaskuläre Herausforderung**

A. Oberhuber<sup>1</sup>, D. Henne-Bruns<sup>1</sup>, A. Aschoff<sup>1</sup>, K.-H. Orend<sup>1</sup>, L. Sunder-Plassmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Ulm

Anamnese: Wir berichten über einen 58-jährigen Patienten mit Pseudoaneurysma der A. hepatica communis. Vorausgegangen war eine pyloruserhaltende Pankreasresektion nach Whipple bei Pankreaskarzinom (pT3N0M0G2). Bei primär unauffälligem postoperativem Verlauf kam es am 6. postoperativen Tag zu einer Insuffizienz der biliodigestiven Anastomose. Es erfolgte die Anlage einer PTCD und Wechsel auf eine Yamakawa Drainage. Mehrfache Lagekontrollen waren unauffällig. Einen Monat später förderte die Drainage blutig. Im CT zeigte sich ein Pseudoaneurysma der A. hepatica communis.

Intervention: Da auf Grund der Voroperation und anschließender Anastomoseninsuffizienz der Situs als „hostiles Abdomen“ angesehen wurde, erfolgte ein endovaskuläres Vorgehen. Bei deutlicher Knickbildung konnte eine Überbrückung mittels eines gecoverten Stents nicht erreicht werden, so dass die Coilembolisation erfolgte. Der Patient konnte 10 Tage später bei Wohlbefinden entlassen werden. Jedoch erfolgte eine Wiederaufnahme nach 1 Monat mit akutem Abdomen. Im Schockraum CT zeigte sich eine Rezidivblutung mit fast vollständiger Kompression der V. portae. Erneut erfolgte das endovaskuläre Coiling mit simultaner stentgestützter Dilatation der V. portae zur Protektion der Leberdurchblutung. Der Patient wurde nach 3 Wochen erneut entlassen. In der CT Kontrolle nach 3 Monaten zeigt sich ein unauffälliger Befund.

Schlussfolgerung: Pseudoaneurysmen durch Arrosionsblutungen im Abdomen stellen eine große Herausforderung dar, insbesondere nach Voroperationen und bei schlecht zugänglichen Arterien. Endovaskuläre Verfahren sind hier eine interessante Alternative. Sollte es wie in diesem Fall eine Ausschaltung durch einen gecoverten Stents mit Erhaltung der Perfusion nicht möglich sein, so ist die komplette Coilembolisation zu erwägen. Abhängig vom dem versorgten Bereich der zu embolisierenden Arterie müssen Kollateralen bzw. andere Versorgungswege geschont werden. In unserem Fall wurde letztendlich die gesamte arterielle Versorgung der Leber geopfert, jedoch dabei die Versorgung über die V. portae sichergestellt.