

Chirurg 2020 · 91:934–942
<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01180-0>
 Online publiziert: 8. Juni 2020
 © Der/die Autor(en) 2020



M. Wortmann¹ · M. Engelhart² · K. Elias³ · E. Popp⁴ · S. Zerwes⁵ · Alexander Hyhlik-Dürr⁵

¹ Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Ulm, Deutschland

³ Abteilung für Gefäßchirurgie, Bundeswehrkrankenhaus Westerstede/Ammerland Klinik, Westerstede, Deutschland

⁴ Sektion Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

⁵ Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

„Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta“ (REBOA)

Aktuelles zu Material, Indikationen und Grenzen: ein Überblick

„Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta“ (REBOA) ist ein endovaskuläres Verfahren, bei dem ein Blockballon über einen Leistenzugang in der Aorta platziert und inflatiert wird. Damit soll bei traumatischen und nichttraumatischen Blutungen im Bereich des Abdomens und des Beckens eine Reduktion des Blutverlustes in Kombination mit einer Verbesserung der zerebralen und koronaren Durchblutung erreicht werden. Somit stellt REBOA eine endovaskuläre Alternative zur offenen chirurgischen Aortenklammung mittels Thorakotomie für Patienten in extremis dar.

Der Blockballon kann in Abhängigkeit von der Indikation respektive der vermuteten Lokalisation der Blutung entweder in der infrarenalen Aorta (REBOA-Zone-III) oder in der Aorta descendens (REBOA-Zone-I) platziert werden (Abb. 1).

REBOA kam bereits während des Korea-Krieges in den 1950er-Jahren zum Einsatz, ist aber seitdem wieder in

Vergessenheit geraten [1]. Durch die zunehmende Verbreitung endovaskulärer Techniken in der Versorgung polytraumatisierter Patienten erlebt das Verfahren momentan jedoch eine Renaissance und stellt zurzeit ein diskutiertes Thema in der Notfallmedizin dar. Dies wird nicht nur durch vermehrte Sitzungen zu REBOA auf traumatologischen und notfallmedizinischen Fachtagungen deutlich. Inzwischen gibt es sogar internationale Kongresse, die sich nur mit der Anwendung endovaskulärer Verfahren bei der Traumaversorgung beschäftigen (z. B. Endovascular Resuscitation and Trauma Management (EVTM) Symposium). Auch die rapide steigende Anzahl von mehr als 130 PubMed gelisteten Publikationen allein in den Jahren 2018 und 2019 zeigt das Interesse an dieser wiederentdeckten Technik.

Gerade bei traumatologischen Patienten mit einem hämorrhagischen Schock aufgrund einer Blutung des Abdomens oder des Beckens scheint der Einsatz eines Ballons zur Okklusion der Aorta zur Blutungskontrolle und Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen zerebralen und kardialen Perfusion ein vielversprechendes Verfahren zur Verbesserung

der Überlebensraten und der Behandlungsergebnisse zu sein. Zudem stellt es gerade bei Patienten in extremis im Vergleich zur offenen chirurgischen Aortenklammung, die bei traumatologischen Patienten nur mit einer Überlebensrate von 10 % einhergeht [2, 3], einen Eingriff mit bedeutend geringerer Invasivität dar.

Über die Anwendung von REBOA bei traumatologischen Blutungen des Körperstammes und stammnahen Blutungen hinaus wird die endovaskuläre Ballonblockade der Aorta auch bei nichttraumatologische Hämorrhagien wie z. B. bei gynäkologischen Blutungen, gastrointestinalen Blutungen und postoperativen Nachblutungen nach abdominalen Eingriffen diskutiert [4, 5]. Nicht zuletzt ist auch eine Anwendung im Rahmen nichttraumatisch bedingter Herz-Kreislauf-Stillstände denkbar.

Durch dieses erweiterte Indikationsspektrum ist REBOA inzwischen nicht nur für Notfallmediziner und Traumatologen von Interesse. Die Technik, das Indikationsspektrum, aber auch Gefahren durch die Anwendung sollten allen chirurgisch tätigen Kolleginnen und Kollegen geläufig sein.

Die Autoren M. Wortmann und M. Engelhart sind gleichberechtigte Erstautoren.

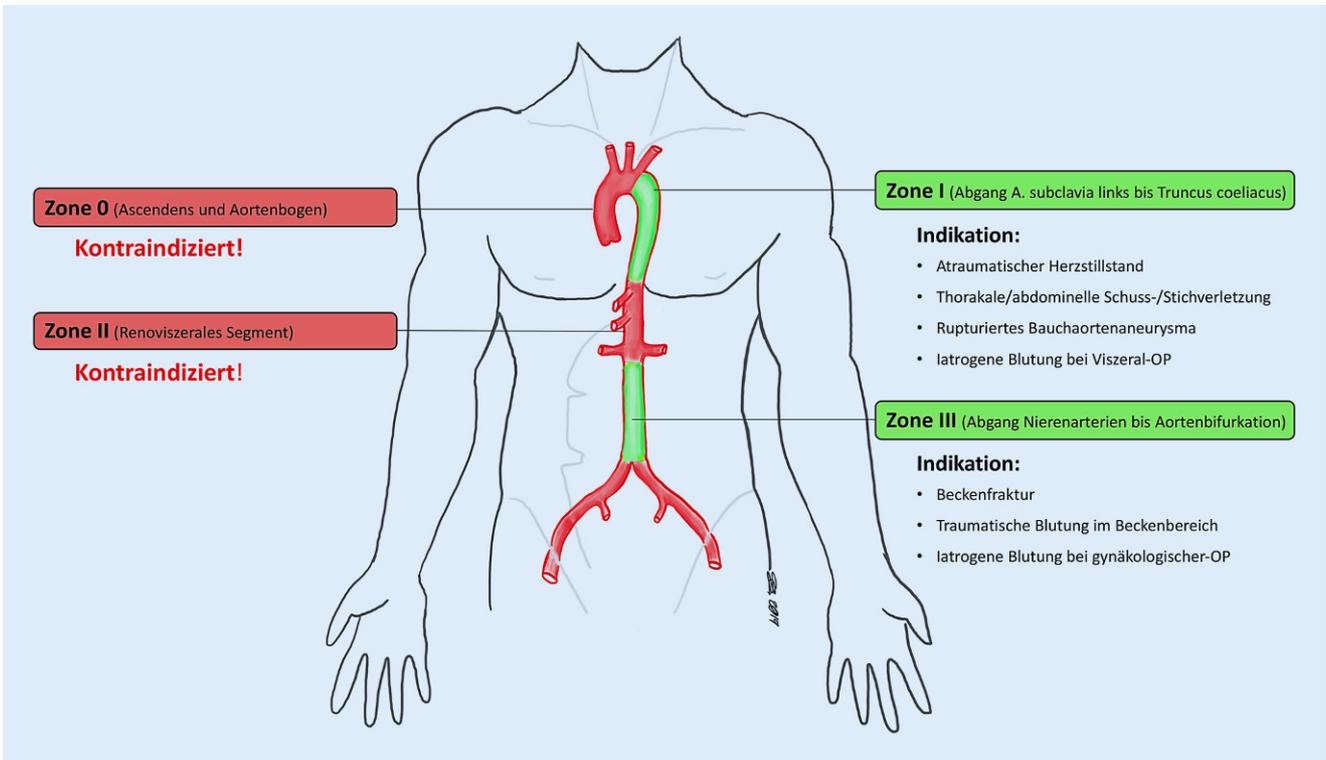


Abb. 1 ▲ REBOA („resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta“)-Landezone und dazugehörige Indikationen.
OP Operation

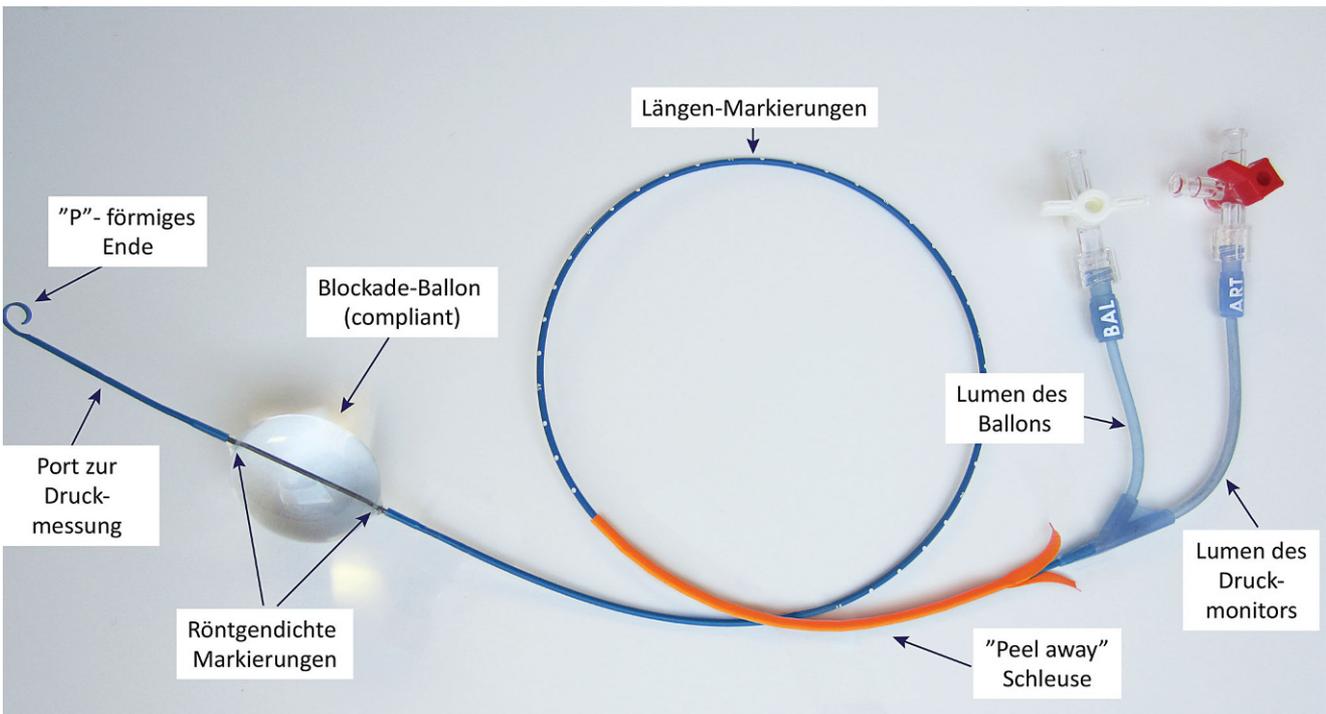


Abb. 2 ▲ ER-REBOA™ (Prytime Medical, USA)

Im folgenden Übersichtsartikel soll die Technik von REBOA einschließlich der verfügbaren und benötigten Materialien vorgestellt werden, die möglichen Einsatzgebiete aufgezeigt, aber auch mögliche Komplikationen durch den Einsatz von REBOA beschrieben werden, um eine neutrale Beurteilung der Methode zu ermöglichen.

Indikationen

Traumatisch bedingte Blutungen

REBOA stellt eine weniger invasive, endovaskuläre Alternative zur Notfallthorakotomie mit supradiaphragmaler Klemmung der Aorta bei nichtkomprimierbaren Blutungen im Bauch- und Beckenraum dar. Während tierexperimentelle Studien die Überlegenheit der Ballonokklusion mit zuverlässigem Anstieg des zentralen Perfusionsdrucks bei gleichzeitig geringerem physiologischem Stress belegen konnten [6], ist die Evidenz hinsichtlich eines besseren Behandlungsergebnisses bei Traumatopatienten nach wie vor schwach. Dies liegt zum einen an der hohen Letalität der meist polytraumatisierten Patienten, zum anderen an dem selbst in großen Traumazentren kleinen Fallzahlen mit großer Heterogenität des Verletzungsmusters.

Ersten vielversprechenden Fallserien aus dem zivilen [7] und militärischen Bereich [8] zu REBOA bei Trauma folgten widersprüchliche größere Serien. Erste Auswertungen des „Aortic Occlusion for Resuscitation in Trauma and Acute Care Surgery-Registry“, in dem Daten zu REBOA und zur Notfallthorakotomie aus großen US-Traumazentren verglichen werden, belegen eine Überlegenheit von REBOA [9, 10]. Die jüngste Publikation dieser Daten umfasste 285 Patienten (Notfallthorakotomie 71 % vs. REBOA 29 %) und zeigt bei vergleichbarer Verletzungsschwere einen signifikanten Überlebensvorteil für die REBOA-Gruppe (gesamt Überlebensrate: Notfallthorakotomie 44 % vs. REBOA 63 %), vor allem bei Patienten ohne kardiopulmonaler Reanimation (Überlebensrate bis Entlassung: Notfallthorakotomie 0 % vs. REBOA 44 %; [10]). Kritiker bemängeln

Chirurg 2020 · 91:934–942 <https://doi.org/10.1007/s00104-020-01180-0>
© Der/die Autor(en) 2020

M. Wortmann · M. Engelhart · K. Elias · E. Popp · S. Zerwes · A. Hyhlik-Dürr

„Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta“ (REBOA). Aktuelles zu Material, Indikationen und Grenzen: ein Überblick

Zusammenfassung

Hintergrund. „Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta“ (REBOA) stellt ein endovaskuläres Verfahren dar, bei dem ein Blockballon in die Aorta eingeführt wird, um eine distal des Ballons gelegene Blutung zu verringern und gleichzeitig die kardiale und zerebrale Oxygenierung zu verbessern.

Ziel der Arbeit. Vorstellung der REBOA-Technik, der möglichen Indikationen, der benötigten Materialien und der möglichen Komplikationen des Verfahrens.

Material und Methoden. Nichtsystematischer Übersichtsartikel über die aktuelle Literatur.

Ergebnisse. REBOA stellt gerade bei traumatisch bedingten Blutungen und rupturierten Aortenaneurysmen ein mögliches additives Verfahren zur hämodynamischen Stabilisierung dar. Die Komplikationsrate des Verfahrens liegt bei ungefähr 5 %, wobei Zugangskomplikationen im Vordergrund stehen, jedoch auch letale Komplikationen möglich sind.

Diskussion. Eine aortale Ballonblockade wird bei der Versorgung rupturierter Aortenaneurysmen standardmäßig eingesetzt. Es gibt wachsende Evidenz, dass REBOA bei der Versorgung polytraumatisierter Patienten mit einem hämorrhagischen Schock aufgrund einer abdominellen oder viszeralen Blutung eine vergleichsweise minimal-invasive Alternative zur offenen chirurgischen Aortenklemmung mittels Thorakotomie darstellt. Mit der Entwicklung neuer Ballonkatheter, die ohne Führungsdraht und mit geringeren Schleusendurchmessern auskommen, wird auch ein Einsatz bei anderen Krankheitsbildern wie postoperativen abdominellen Nachblutungen, gynäkologischen Blutungen oder als additives Verfahren bei der kardiopulmonalen Reanimation diskutiert.

Schlüsselwörter

REBOA · Ballon Blockade Aorta · REBOA Technik · REBOA Komplikationen · Polytrauma

Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA). Current aspects of material, indications and limits: an overview

Abstract

Background. Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) describes an endovascular procedure in which a blocking balloon is introduced into the aorta to reduce bleeding situated distal to the balloon and simultaneously to improve cardiac and cerebral oxygenation.

Objective. Presentation of the REBOA technique, the possible indications, the required material and possible complications of the procedure.

Material and methods. Non-systematic review of the currently available literature.

Results. The REBOA procedure is an adjunct to achieve hemodynamic stabilization in patients with traumatic hemorrhage and ruptured aortic aneurysms. The complication rate of the procedure is approximately 5 %, whereby access complications are the most common; however, fatal complications are also possible.

Conclusion. A balloon block of the aorta is well established in the treatment of ruptured aortic aneurysms. There is growing evidence that REBOA is a minimally invasive alternative to open surgical cross-clamping of the aorta by thoracotomy for the treatment of patients with polytrauma and hemorrhagic shock due to abdominal or visceral bleeding. Due to the development of new balloon catheters, which can be placed without stiff guidewires and require smaller sheath diameters, REBOA is also discussed for treatment of postoperative abdominal or gynecological bleeding or as a possible adjunct to cardiopulmonary resuscitation for nontraumatic cardiac arrest.

Keywords

REBOA · Ballon aortic occlusion · REBOA technique · REBOA complications · Polytrauma

Tab. 1 Mögliche Ballonkatheter für REBOA

Produkt	Ballondurchmesser	Schleusen- größe	Führungs- draht für Katheter	Operativer Gefäß- verschluss
Coda® Balloon (Cook Medical, Boomington, USA)	Max. 32 mm	12 Fr 45–60 cm	Ja	Ja
Reliant™ (Medtronic, Minneapolis, USA)	10–46 mm	12 Fr 45–60 cm	Ja	Ja
Rescue Balloon® (Tokai Medical, Sarayashiki Taraga Kasugai-city, Japan)	16–40 mm	7 Fr	Ja	Nein
ER-REBOA™ (Prytime Medical, Boerne TX, USA)	–	7 Fr	Nein	Nein
Reboa Balloon Kit™ (Reboa Medical AS, Norway)	15–30 mm (Zone III) 20–30 mm (Zone I)	6/7 Fr 8–15 cm	Ja	Nein

jedoch den direkten Vergleich beider Verfahren, da REBOA und Notfallthorakotomie nicht notwendigerweise die gleichen Indikationen hätten [11]. In einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie, bei der 140 Patienten, die REBOA erhalten hatten, 280 Patienten ohne REBOA als Vergleichsgruppe zugeordnet wurden, war kein Unterschied in Bezug auf die Menge der verabreichten Blutprodukte oder die Länge des Krankenhausaufenthaltes nachweisbar. Allerdings fanden Joseph et al. eine höhere Mortalität in der REBOA-Gruppe (36 % vs. 19 %), eine höhere Rate an akutem Nierenversagen (11 % vs. 3 %) und Amputationen der unteren Extremitäten (4 % vs. 1 %; [11]). Die Autoren führten diese Unterlegenheit auf den Zeitverlust bis zur Operation und die viszerorenale Ischämiezeit in der REBOA-Gruppe zurück.

In einer Metaanalyse zeigte sich ein signifikanter Überlebensvorteil bei traumatischen Patienten durch die Verwendung von REBOA [12]. Bei polytraumatisierten Patienten mit hämorrhagischem Schock konnte durch den Einsatz von REBOA der zentrale systolische Blutdruck um knapp 80 mmHg angehoben werden, was die Effektivität des Verfahrens unterstreicht. Die Komplikationsrate durch das Verfahren lag in dieser Studie bei 5 %.

Zusammenfassend gibt es also noch wenig Evidenz bezüglich der Überlegenheit von REBOA im Rahmen der Versor-

gung polytraumatisierter Patienten, wobei die bislang publizierten Daten einen guten Effekt in Bezug auf die hämodynamische Stabilisierung bei akzeptabler Komplikationsrate zeigen. Somit erscheint REBOA durchaus als valide Alternative zur Notfallthorakotomie. Da jedoch auch negative Daten bezüglich des Behandlungsergebnisses vorliegen, sind weitere Studien notwendig, um die Indikationsstellung zu verbessern und somit Patienten zu identifizieren, die von dem Verfahren profitieren können.

In der aktuellen S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerer Verletztenbehandlung in der aktualisierten Fassung von 2016 wird REBOA als mögliche Maßnahme zur Behandlung kreislaufunstabiler Patienten in extremis aufgeführt, allerdings mit niedrigem Empfehlungsgrad [13].

Dies deckt sich mit internationalen Empfehlungen, z. B. des American College of Surgeons Committee on Trauma (ACS COT) und des American College of Emergency Physicians (ACEP; [14]).

Basierend auf den Daten des TARN (Trauma Audit and Research Network) in England und Wales errechneten Barnard et al. eine Rate von 4 potenziellen REBOA-Patienten pro Jahr in Major Trauma Centres (MTC) und von 9 Patienten pro Jahr in den größten 10 Traumazentren [15]. In kleineren Trauma-Units ist statistisch sogar nur alle 3 Jahre mit einem REBOA-Patienten zu rechnen. In einer retrospektiven Analyse des

TraumaRegister DGU® zeigten sich für Deutschland ähnlich niedrige Raten von einem Patienten pro Jahr in überregionalen, 0,1 Patienten pro Jahr in regionalen und 0,01 Patienten pro Jahr in lokalen Traumazentren [16]. Diese niedrigen Inzidenzen wiederum stellen die Implementierung von REBOA inklusive der Vorhaltung des notwendigen Materials und die Schulung des Personals infrage, falls diese Strukturen nicht sowieso bereits lokal vorgehalten werden, z. B. für die Versorgung rupturierter Aortenaneurysmen.

Rupturiertes Aortenaneurysma

Bei der Versorgung rupturierter Aortenaneurysmen ist eine endovaskuläre Ballonblockade im Sinne eines REBOA-Manövers ein etablierter Teil der Versorgungsstrategie bei hämodynamisch instabilen Patienten [17]. Gerade bei der endovaskulären Versorgung bietet sich das Einbringen eines Blockballons über die in den Leisten einliegenden Schleusen an. Durch einen intraoperativen Wechsel des Blockballons kann eine komplette endovaskuläre Aneurysmaausschaltung unter Ballonblockade der Aorta erfolgen [18]. Aber auch bei der offen chirurgischen Therapie eines rupturierten Aortenaneurysmas ist die Platzierung eines aortalen Blockballons ein probates Mittel zur hämodynamischen Stabilisierung des Patienten bis zur offen chirurgischen Aortenklemmung. Da in Aortenzentren das für das Manöver benötigte Material und die Expertise vorhanden sind, bietet sich hier auch eine breitere Anwendung des REBOA-Manövers im Rahmen anderer Akutsituationen an.

Peripartale gynäkologische Blutungen

Auch peripartale gynäkologische Blutungen, z. B. bei Placenta previa, stellen eine mögliche Indikation für REBOA dar. Hierbei könnte nicht nur der Blutverlust während der Operation reduziert werden, sondern auch die Rate an Hysterektomien verringert werden. Einschränkung muss erwähnt werden, dass für diese Indikation die Datenlage noch ge-

Tab. 2 Gefäßassozierte Komplikationen bei REBOA

Komplikation	Autor, Jahr	Rate	
<i>Gefäßassozierte Komplikationen</i>			
Aortoiliakale Verletzung (z. B. Intimaläsion, Dissektion, Thrombose, Ruptur)	Pieper et al., 2018 [32]	–	
	Brenner et al., 2018 [14]		
	Morrison et al., 2016 [33]		
	Davidson et al., 2018 [34]		
Pseudoaneurysma	Sadek et al., 2016 [35]	2,2–6,5 % DuBose	
	Conti et al., 2017 [36]		
	DuBose et al., 2016 [9]		
Thrombembolie, Ischämie	DuBose et al., 2016 [9]	0,5–14,2 % Morrison, DuBose, Saito, Sadeghi	
	Pieper et al., 2018 [32]		
	Davidson et al., 2018 [34]		
	Gamberini et al., 2017 [37]		
	Martinelli et al., 2010 [38]		
	Morrison et al., 2016 [33]		
	Saito et al., 2015 [39]		
Majoramputation	Joseph et al., 2019 [11]	3,6–21,3 % Joseph, Saito	
	Saito et al., 2015 [39]		
	Sadek et al., 2016 [35]		
	Andres et al., 2016 [41]		
	Gamberini et al., 2017 [37]		
<i>Technische Probleme</i>			
Ballonmigration	DuBose et al., 2016 [9]	0,2–4 % DuBose, Sadeghi	0,8 % (Mortalität) Morrison
	Sadeghi et al., 2018 [40]		
Ballonruptur	Hörer, 2016 [42]	0,1–3 % Martinelli, Sadeghi	
	Martinelli et al., 2010 [38]		
	Brenner et al., 2018 [14]		
	Sadeghi et al., 2018 [40]		
Einführung, Katheterplatzierung	Davidson et al., 2018 [34]	–	
	Gamberini et al., 2017 [37]		
<i>Sonstige Komplikationen</i>			
Akutes Nierenversagen	Joseph et al., 2019 [11]	10,7–35,7 % Saito, Joseph, Pieper	
	Pieper et al., 2018 [32]		
	Morrison et al., 2016 [33]		
	Saito et al., 2015 [39]		
	Conti et al., 2017 [36]		
	Davidson et al., 2018 [34]		
Spinale Ischämie	Brenner et al., 2018 [14]	–	
Zerebrale Blutung	Gamberini et al., 2017 [37]	0,1 % Gamberini	
	Uchino et al., 2016 [43]		
Schwere Rhabdomyolyse	Pieper et al., 2018 [32]	46,9 % Pieper	
Kompartmentsyndrom	Wasicek et al., 2018 [44]	0,7–15 % Joseph, Sadeghi, Wasicek	
	Sadeghi et al., 2018 [40]		
	Joseph et al., 2019 [11]		

ringer ist als für die Anwendung von REBOA bei traumatologischen Patienten oder im Rahmen der Versorgung rupturierter Aortenaneurysmen. In einer exemplarischen Fallserie von 15 Patientinnen, die im Rahmen der geplanten Sectio bei Placenta previa REBOA erhalten hatten, war die Notwendigkeit zur Hysterektomie und die Menge an transfundierten Blutprodukten im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich reduziert [19]. In dem bereits erwähnten systematischen Review aus dem Jahr 2018 sind bereits 5 Einzelfallberichte respektive kleinere Fallserien eingeschlossen [12]. Gerade bei einer geplanten Sectio mit erwartetem größerem Blutverlust scheint die früh elektive Anlage einer arteriellen Schleuse in der Leiste unter duplexsonographischer Kontrolle vor Beginn des Eingriffs ein probates Mittel, um im Falle einer während der Operation eintretenden starken Blutung direkt einen aortalen Blockballon in die infrarenale Aorta vorbringen zu können. Dabei erscheinen vor allem spezielle REBOA-Katheter mit geringer Schleusengröße vielversprechend, da hierdurch das Zugangstrauma minimiert wird (siehe Technik und Material).

Nichttraumatische abdominelle oder pelvine Blutungen

Auch nichttraumatische Blutungen im Bereich des Abdomens oder Beckens können eine Indikation für REBOA darstellen. Hierzu liegen ebenfalls bereits verschiedene Einzelfallberichte sowie kleinere Fallserien vor, die den Einsatz einer aortalen Ballonblockade bei oberen gastrointestinalen Blutungen [20], rupturierten Viszeralarterienaneurysmata [21] oder Nachblutungen im Rahmen viszeralchirurgischer Operationen [22], insbesondere Pankreasoperationen [23], beschreiben. Vergleichbar mit der Verwendung bei traumatisch bedingten Blutungen bewirkt REBOA bei dieser Form der Blutungen im Durchschnitt einen Blutdruckanstieg von ca. 50 mm Hg [24].

Nichttraumatischer Herz-Kreislauf-Stillstand

Auch beim nichttraumatischen Herz-Kreislauf-Stillstand ohne Vorliegen ei-

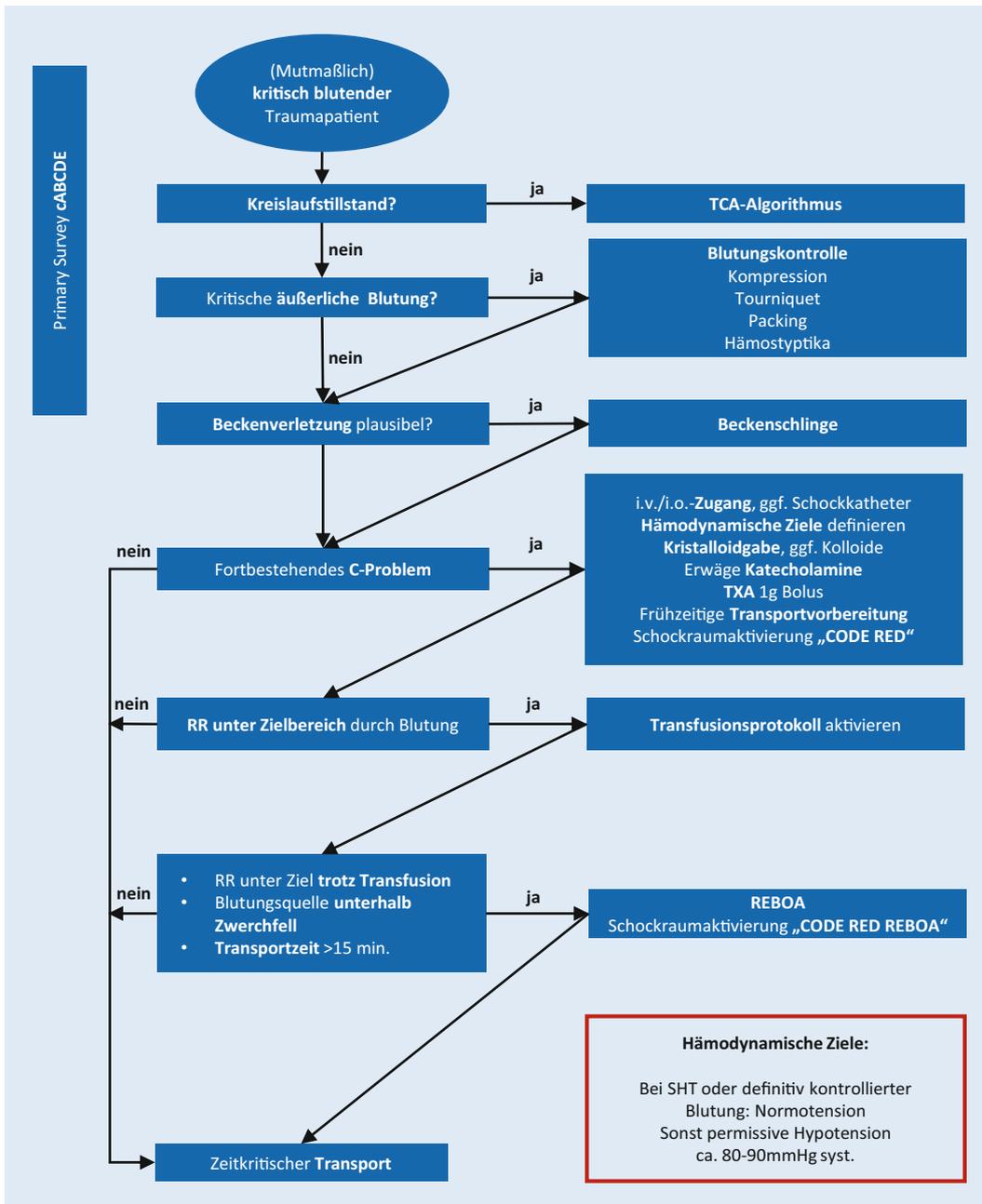


Abb. 3 ◀ Algorithmus zur präklinischen Behandlung kritisch verletzter Patienten, wie er auf dem „Medical Intervention Car (MIC)“ des UKHD zum Einsatz kommt. Dieser inkludiert in eskalierender Weise die Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und die Anwendung von REBOA, falls die hämodynamischen Ziele konventionell nicht zu erreichen sind und die nächste geeignete Klinik mehr als 15 min entfernt ist. RR systolischer Blutdruck, TCA-Algorithmus Algorithmus zum traumatischen Herz-Kreislauf-Stillstand nach Empfehlungen des ERC 2015, *i.v./i.o.-Zugang* intravenöser/intraossärer Zugang, *Schockkatheter* großlumiger (12 F) zentralvenöser Katheter mit 3 lm. (Mit freundlicher Genehmigung der Mitglieder der AG MIC der Klinik für Anästhesiologie des UKHD)

ner Blutung kann durch REBOA eine Zentralisierung des Kreislaufes und somit eine Verbesserung der kardialen und zerebralen Perfusion und Oxygenierung während der Reanimation erreicht werden. Somit wird auch in diesem Kontext der Einsatz von REBOA diskutiert, ohne dass diesbezüglich außerhalb von Einzelfallberichten und Fallserien belastbare Evidenz vorliegt [25, 26].

Technik und Material

Die Idee der aortalen Ballonokklusion bei schwerer traumatischer Blutung wurde bereits in den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts von Colonel Hughes vorgestellt [1]. Wegen der unbefriedigenden Ergebnisse wurde das Verfahren jedoch zunächst nicht weiterverfolgt bis Fortschritte in der endovaskulären Technik und verbesserte Materialien den Einsatz der Ballonokklusion zunächst beim rupturierten Bauchaortenaneurysma recht-

fertigten. Mit REBOA im engeren Sinne wurden die Indikationen auf traumatische und zunehmend auch nichttraumatische Blutungen in Abdomen und Becken erweitert.

Zunächst kamen aortale Okklusionsballons, wie sie aus der Gefäßchirurgie bekannt waren, für REBOA zum Einsatz. Weit verbreitet waren der Coda Balloon® (Fa. Cook Medical, USA) und der Reliant Balloon® (Fa. Medtronic, USA; **Tab. 1**). Beide mussten über einen Führungsdraht unter Durchleuchtung vorgeschoben

werden und benötigten eine lange 60 cm (Aorta descendens, REBOA-Zone_I) oder kurze 45 cm (infrarenale Aorta, REBOA-Zone-III) 14-Fr- bzw. 12-Fr-Schleuse zur Stabilisierung in der Aorta. Neben den praktischen Problemen mit Platzierung der 7-Fr-Einführschleuse in Seldinger-Technik, Wechsel auf eine 12- bis 14-Fr-Schleuse und der Handhabung langer, steifer Führungsdrähte, welche für den nichtendovaskulär geübten Traumatologen eine ungewohnte Herausforderung darstellten und Zeit kosteten, provozierten vor allem die kaliberstarken Schleusen Komplikationen wie großes Zugangstrauma in der Leistenarterie mit Nachblutungen und Pseudoaneurysmata sowie Thrombosen in den ipsilateralen Becken- und Beinarterien bis hin zur sekundären Majoramputation bei akuter Extremitätenischämie [27].

Neue Entwicklungen spezieller Ballonsysteme für REBOA konzentrierten sich daher auf eine Vereinfachung der Handhabung und einen Verzicht auf kaliberstarke Schleusen. Durch den Verzicht auf eine größere Schleuse werden hierbei nicht nur die Komplikationen, sondern auch die Zeit bis zur Inflation des Ballons in der Aorta deutlich reduziert [28]. Der Rescue Balloon® (Tokai Medical, Japan) kommt mit einer kurzen (8–15 cm) 7-Fr-Einführschleuse aus und stabilisiert sich selbst in der Aorta. Die Platzierung erfolgt jedoch nach wie vor unter Durchleuchtung über einen Führungsdraht. Das Gleiche gilt für den relativ neuen Ballon eines norwegischen Herstellers (Reboa Medical AS, Norwegen), welcher in einem praktischen Reboa Balloon Kit™ einschließlich aller benötigten Materialien geliefert wird.

Gänzlich ohne Führungsdraht für den Katheter und notfalls auch ohne Durchleuchtung kommt der ER-REBOA™ (Prytime Medical, USA) aus (Abb. 2). Dieser Ballon wurde in enger Zusammenarbeit mit den Gefäßchirurgen des US-Militärs entwickelt und soll den sicheren und einfachen Einsatz auch unter ungünstigen, prähospitalen Bedingungen erlauben. Nach Abmessung der notwendigen Katheterlänge mithilfe der Markierungen auf dem Schaft wird der Katheter über eine 7-Fr-Einführschleuse notfalls „blind“ vorgeschoben. Eine atraumati-

sche, abgerundete Spitze (P-tip®), ähnlich der Konfiguration eines Pigtail-Katheters, soll hierbei iatrogene Gefäßverletzung und ein Ausweichen in Seitenäste vermeiden. Ein Kanal mit seitlicher Öffnung erlaubt die Druckmessung und Medikamentenapplikation proximal des insufflierten Ballons. Wie die anderen 7-Fr-Ballons auch ist der Katheter steif genug, um sich selbst in der Aorta zu stabilisieren. In einem Bauchaortenaneurysma können sich die Katheter jedoch nicht an der Wand abstützen und können somit dislozieren. Wie beim Reboa Balloon Kit™ wird auch für den ER-REBOA™ ein praktisches Komplettsset mit allen Zubehörteilen angeboten. Mit Ausnahme des japanischen Rescue Balloon® sind alle vorgestellten Katheter inzwischen auch für den deutschen Markt zugelassen.

Aktuelle Publikationen zeigen, dass sich die Low-profile-REBOA-Ballons gegenüber den kaliberstarken Kathetern weitgehend durchgesetzt haben [27]. Im militärischen Bereich ist der ER-REBOA™ wegen seiner vergleichsweise einfachen Handhabung weit verbreitet. Weitere Entwicklungen gehen z. B. in Richtung einer Erleichterung der Platzierung des Ballons ohne Durchleuchtung [29].

Komplikationen

Wie jedes endovaskuläre Verfahren birgt REBOA multiple Komplikationsrisiken. Besonders der perkutane Zugang zur A. femoralis communis im Bereich der Leiste ist bei Patienten unter Reanimation oder minimalem Kreislauf oftmals nicht sicher möglich, sodass Zentren mit größeren Fallzahlen eine relevante Anzahl offen chirurgischer Leistenfreilegungen beschrieben, um überhaupt einen Zugang zum Gefäß zu erlangen. Prinzipiell können die Komplikationen in Komplikationen durch die Malperfusion distal des inflatierten Blockballons, in Zugangskomplikationen sowie Komplikationen durch Dislokation des Drahtes und des Blockballons eingeteilt werden [30]. In dem bereits mehrfach zitierten systematischen Review liegt die Komplikationsrate bei ca. 5% [12]. Dabei sind besonders bei langer Lagezeit der Blockballons arterielle Thrombosen besonders

häufig [31]. Somit ist im Rahmen des Verfahrens eine gefäßchirurgische Expertise vor Ort unbedingt notwendig. Erste Ansätze, REBOA nicht nur im klinischen Setting, sondern auch prähospital einzusetzen, bedürfen einer speziellen Ausstattung der Notfallteams sowie einer standardisierten Patientenselektion, wie dies im Rahmen eines Forschungsprojekts für invasive Notfalltechniken schon etabliert wird (Abb. 3). Eine Zusammenfassung möglicher Gefäßassoziierter Komplikationen zeigt Tab. 2.

Fazit für die Praxis

- REBOA bezeichnet die endovaskuläre Ballonblockade der Aorta zur hämodynamischen Stabilisierung bei hämorrhagischem Schock.
- REBOA ist ein etabliertes Verfahren bei der Therapie rupturierter Aortenaneurysmen.
- Die aktuelle Evidenz erlaubt den Einsatz von REBOA bei Polytraumatisierten mit einem hämorrhagischen Schock aufgrund einer abdominellen, pelvinen oder stammnahen Blutung als Alternative zur Notfallthorakotomie.
- Neue, speziell für das Verfahren entwickelte Ballonkatheter kommen mit geringeren Schleusendurchmessern aus oder sind durch den Verzicht auf einen steifen Führungsdraht schneller platzierbar.
- Die Komplikationsrate liegt bei ca. 5%, wobei Zugangskomplikationen im Vordergrund stehen.
- Der Einsatz von REBOA wird auch bei anderen Krankheitsbildern wie gynäkologischen oder postoperativen abdominellen oder pelvinen Nachblutung diskutiert.
- Da auch bereits Komplikationen mit letalen Ausgängen und Fallserien mit einem schlechteren Behandlungsergebnis in der REBOA-Gruppe publiziert sind, sind weitere Studien zur Verbesserung der Patientenauswahl und Indikationsstellung notwendig.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Alexander Hyhlik-Dürr

Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie,
Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum
Augsburg
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland
alexander.hyhlik-duerr@uk-augsburg.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Wortmann, M. Engelhart und A. Hyhlik-Dürr geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Hughes CW (1954) Use of an intra-aortic balloon catheter tamponade for controlling intra-abdominal hemorrhage in man. *Surgery* 36:65–68
- Working Group, Ad Hoc Subcommittee on Outcomes, American College of Surgeons. Committee on Trauma. (2001) Practice management guidelines for emergency department thoracotomy. Working group, ad hoc subcommittee on outcomes, American college of surgeons-committee on trauma. *J Am Coll Surg* 193:303–309
- Edens JW, Beekley AC, Chung KK et al (2009) Longterm outcomes after combat casualty emergency department thoracotomy. *J Am Coll Surg* 209:188–197
- Ordóñez CA, Manzano-Núñez R, Parra MW et al (2018) Prophylactic use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in women with abnormal placentation: a systematic review, meta-analysis, and case series. *J Trauma Acute Care Surg* 84:809–818
- Brede JR, Lafrenz T, Kruger AJ et al (2019) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) in non-traumatic out-of-hospital cardiac arrest: evaluation of an educational programme. *BMJ Open* 9:e27980
- White JM, Cannon JW, Stannard A et al (2011) Endovascular balloon occlusion of the aorta is superior to resuscitative thoracotomy with aortic clamping in a porcine model of hemorrhagic shock. *Surgery* 150:400–409
- Brenner ML, Moore LJ, Dubose JJ et al (2013) A clinical series of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta for hemorrhage control and resuscitation. *J Trauma Acute Care Surg* 75:506–511
- Manley JD, Mitchell BJ, Dubose JJ et al (2017) A modern case series of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) in an out-of-hospital, combat casualty care setting. *J Spec Oper Med* 17:1–8
- Dubose JJ, Scalea TM, Brenner M et al (2016) The AAST prospective aortic occlusion for resuscitation in trauma and acute care surgery (AORTA) registry: data on contemporary utilization and outcomes of aortic occlusion and resuscitative balloon occlusion of the aorta (REBOA). *J Trauma Acute Care Surg* 81:409–419
- Brenner M, Inaba K, Aiolfi A et al (2018) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta and resuscitative thoracotomy in select patients with hemorrhagic shock: early results from the American association for the surgery of trauma's aortic occlusion in resuscitation for trauma and acute care surgery registry. *J Am Coll Surg* 226:730–740
- Joseph B, Zeeshan M, Sakran JV et al (2019) Nationwide analysis of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in civilian trauma. *JAMA Surg* 154:500–508
- Borger van der Burg BLS, van Dongen T, Morrison JJ et al (2018) A systematic review and meta-analysis of the use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in the management of major exsanguination. *Eur J Trauma Emerg Surg* 44:535–550
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2016) S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten Behandlung (AWMF Register-Nr. 012/019)
- Brenner M, Bulger EM, Perina DG et al (2018) Joint statement from the American college of surgeons committee on trauma (ACSCOT) and the American college of emergency physicians (ACEP) regarding the clinical use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA). *Trauma Surg Acute Care Open* 3:e154
- Barnard EB, Morrison JJ, Madureira RM et al (2015) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA): a population based gap analysis of trauma patients in England and Wales. *Emerg Med J* 32:926–932
- Kulla M, Engelhardt M, Holsträter T et al (2018) Do we need REBOA as an adjunct to ER thoracotomy in German trauma centres? A secondary data analysis from the TraumaRegister DGU. *Anasth Intensivmed* 59:562–573
- Starnes BW, Quiroga E, Hutter C et al (2010) Management of ruptured abdominal aortic aneurysm in the endovascular era. *J Vasc Surg* 51:9–17 (discussion 17–18)
- Berland TL, Veith FJ, Cayne NS et al (2013) Technique of supraceliac balloon control of the aorta during endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 57:272–275
- Panici PB, Anceschi M, Borgia ML et al (2012) Intraoperative aorta balloon occlusion: fertility preservation in patients with placenta previa accreta/increta. *J Matern Fetal Neonatal Med* 25:2512–2516
- Karkos CD, Bruce IA, Lambert ME (2001) Use of the intra-aortic balloon pump to stop gastrointestinal bleeding. *Ann Emerg Med* 38:328–331
- Delamare L, Crognier L, Conil JM et al (2015) Treatment of intra-abdominal haemorrhagic shock by resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA). *Anaesth Crit Care Pain Med* 34:53–55
- Miura F, Takada T, Ochiai T et al (2006) Aortic occlusion balloon catheter technique is useful for uncontrollable massive intraabdominal bleeding after hepato-pancreato-biliary surgery. *J Gastrointest Surg* 10:519–522
- Singh G, Nahm CB, Jamieson NB et al (2019) Management of post-pancreatectomy haemorrhage using resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta. *Langenbecks Arch Surg* 404:253–255
- Borger van der Burg BLS, Kessel B, Dubose JJ et al (2019) Consensus on resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta: a first consensus paper using a Delphi method. *Injury* 50:1186–1191
- Deakin CD, Barron DJ (1996) Haemodynamic effects of descending aortic occlusion during cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 33:49–52
- Daley J, Morrison JJ, Sather J et al (2017) The role of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) as an adjunct to ACLS in non-traumatic cardiac arrest. *Am J Emerg Med* 35:731–736
- Bekdache O, Paradis T, Shen YBH et al (2019) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA): indications: advantages and challenges of implementation in traumatic non-compressible torso hemorrhage. *Trauma Surg Acute Care Open* 4:e262
- Romagnoli AN, Teeter W, Wasicek P et al (2018) No wire? No problem: resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta can be performed effectively and more rapidly with a wire-free device. *J Trauma Acute Care Surg* 85:894–898
- Wessels LE, Wallace JD, Bowie J et al (2019) Radiofrequency identification of the ER-REBOA: confirmation of placement without fluoroscopy. *Mil Med* 184:e285–e289
- Wortmann M, Elias K, Zerwes S et al (2019) REBOA (resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta) – Brauchen wir das wirklich? *Notf Rett Med* 2019(22):100–110
- Lendrum R, Perkins Z, Chana M et al (2019) Pre-hospital resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) for exsanguinating pelvic haemorrhage. *Resuscitation* 135:6–13
- Pieper A, Thony F, Brun J et al (2018) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta for pelvic blunt trauma and life-threatening hemorrhage: a 20-year experience in a level I trauma center. *J Trauma Acute Care Surg* 84:449–453
- Morrison JJ, Galgon RE, Jansen JO et al (2016) A systematic review of the use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in the management of hemorrhagic shock. *J Trauma Acute Care Surg* 80:324–334
- Davidson AJ, Russo RM, Reva VA et al (2018) The pitfalls of resuscitative endovascular balloon

- occlusion of the aorta: risk factors and mitigation strategies. *J Trauma Acute Care Surg* 84:192–202
35. Sadek S, Lockey DJ, Lendrum RA et al (2016) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) in the pre-hospital setting: an additional resuscitation option for uncontrolled catastrophic haemorrhage. *Resuscitation* 107:135–138
36. Conti BM, Richards JE, Kundi R et al (2017) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta and the anesthesiologist: a case report and literature review. *A & A Case Reports* 9:154–157
37. Gamberini E, Coccolini F, Tamagnini B et al (2017) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in trauma: a systematic review of the literature. *World J Emerg Surg* 12:42
38. Martinelli T, Thony F, Decléty P et al (2010) Intra-aortic balloon occlusion to salvage patients with life-threatening hemorrhagic shocks from pelvic fractures. *J Trauma* 68:942–948
39. Saito N, Matsumoto H, Yagi T et al (2015) Evaluation of the safety and feasibility of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta. *J Trauma Acute Care Surg* 78:897–903 (discussion 904)
40. Sadeghi M, Nilsson KF, Larzon T et al (2018) The use of aortic balloon occlusion in traumatic shock: first report from the ABO trauma registry. *Eur J Trauma Emerg Surg* 44:491–501
41. Andres J, Scott J, Giannoudis PV (2016) Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA): what have we learned? *Injury* 47:2603–2605
42. Horer TM, Hebron D, Swaid F et al (2016) Aorta balloon occlusion in trauma: three cases demonstrating multidisciplinary approach already on patient's arrival to the emergency room. *Cardiovasc Intervent Radiol* 39:284–289
43. Uchino H, Tamura N, Echigoya R et al (2016) "REBOA"—is it really safe? A case with massive intracranial hemorrhage possibly due to endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA). *Am J Case Rep* 17:810–813
44. Wasicek PJ, Teeter WA, Yang S et al (2018) Life over limb: lower extremity ischemia in the setting of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA). *Am Surg* 84:971–977

Hier steht eine Anzeige.