

Nachgefragt bei Prof. Dr. med. Jürgen Ennker, Herzzentrum Lahr/Baden Welches ist der optimale Bypass?

Waren es früher ausschließlich Venen, die als aortokoronare Bypässe Verwendung fanden, so sind inzwischen Arterien die erste Wahl. Wie sich die Koronarchirurgie weiterentwickelt hat, welche neuen Optionen möglich sind und wie es um die Qualitätssicherung steht, erläutert Prof. Jürgen Ennker, Lahr/Baden.

■ **CardioVasc:** Wann sprechen die Herzchirurgen von einem optimalen Bypass?

Ennker: Zahlreiche große Studien haben ergeben, dass der arteriellen Bypassversorgung im Vergleich zu Venen eindeutig der Vorzug zu geben ist. In venösen Bypässen kommt es zu einer Intimahyperplasie, welche zu einem Verschluss führen kann. Studien mit Langzeit-Follow-up konnten eine längere Offenheitsrate für arterielle Bypässe zeigen. Wie lange ein Bypass letztlich offen bleibt, hängt ganz individuell vom Patienten ab. Auch wenn die Anastomosen sorgfältig genäht wurden und das Graftmaterial optimal war, beeinflussen Blutwerte (z. B. Cholesterin), Lebensgewohnheiten (z. B. Rauchen) und Miterkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz, pAVK) die Offenheitsrate.

■ **CardioVasc:** Der arterielle Bypass aus linker oder rechter Mammaria scheint bevorzugt zu werden. Die Radialis ergänzt die Auswahl. Werden Venen nur noch als letzter Ausweg gesehen, als Reservegefäß, wenn es mit den Arterien nicht klappt?

Ennker: In unserer Klinik haben wir bisher über 25 000 Eingriffe am Herzen durchgeführt, bevorzugt mit arteriellen Bypassgrafts. Individuelle Aspekte wie die Kombination aus Adipositas, COPD und Diabetes können durch ein erhöhtes Infektionsrisiko die Verwendung von Venen notwendig werden lassen, um eine mögliche Sternumdehiszenz zu vermeiden. Die A. radialis ist ebenfalls ein zuverlässiges Bypassmaterial, allerdings nicht bei jedem Patienten geeignet (z. B. Verkalkungen bei pAVK). Diese wird durch präoperative Untersuchungen evaluiert; das Vorgehen wird dann sehr sorgfältig abgewogen.

■ **CardioVasc:** Verschlüsse an den rechten Koronarien sind manchmal problematisch,



„Wie lange ein Bypass letztlich offen bleibt, hängt ganz individuell vom Patienten ab.“

Prof. Dr. med. Jürgen Ennker, MediClin Herzzentrum Baden/Lahr

zumindes für die Implantation der rechten Mammaria. Sollte hierbei nicht dem Stent der Vorzug gegeben werden?

Ennker: Eine Versorgung der RCA mit einer rechten A. mammaria ist bei hochgradiger Stenose nicht problematisch, wir verwenden sie als T-Graft, sodass eine ausreichende Länge gewährleistet ist, und schließen einen der peripheren RCA-Äste an. Die RCA muss bei signifikanten Stenosen mit einem Bypass versorgt werden. Studien wie SoS oder SYNTAX haben gezeigt, dass eine operative Bypassversorgung der Stentanlage deutlich überlegen ist. Es gibt aufgrund zahlreicher multizentrischer Studien Empfehlungen und Richtlinien, z. B. der ACC/AHA, für das Vorgehen bei 3-Gefäß-Erkrankungen.

■ **CardioVasc:** Die Techniken in der Herzchirurgie sind in ständiger Weiterentwicklung. Hat sich das OPCAB-Verfahren durchgesetzt? Sind damit weniger neurologische Komplikationen zu erwarten?

Ennker: In unserer Klinik wird zu über 97% im OPCAB-Verfahren operiert. Wir führen eine komplette Revaskularisierung aller betroffenen Gefäßabschnitte durch und haben als erste Klinik in Deutschland unsere Daten in Jahresberichten publiziert. Im Vergleich zu den Daten der Deutschen Gesellschaft erreichen wir durch unsere Strategie mit dem OPCAB-Verfahren und der sog. „No touch aorta“-Technik eine deutlich niedrigere Mortalität und Inzidenz an Schlaganfällen und neurologischen Komplikationen. Die Auswertung der Patientendaten spricht damit eindeutig für unser Vorgehen.

■ **CardioVasc:** Die neurologischen Komplikationen in der Bypasschirurgie unter Ein-

satz der HLM scheinen unterschätzt zu werden. Wie sehen Sie dieses Risiko?

Ennker: Durch das OPCAB-Verfahren am schlagenden Herzen und die Technik der T-Graft-Anastomosen müssen wir keine proximalen Anschlüsse der Bypässe an der Aorta durchführen. Wir haben außerdem ausreichende Bypasslängen mit unseren arteriellen Grafts erreicht. Bei zunehmend älteren Patienten mit deutlicher pAVK und Atherosklerose der Aorta ascendens ist es von Vorteil für den Patienten, jede Manipulation an der Aorta zu vermeiden. So haben wir die Inzidenz neurologischer Probleme bei Bypassoperationen minimiert. An der HLM ist eine Klemmung der Aorta zumeist erforderlich; auch durch das Fertigen proximaler Anastomosen kann es zu neurologischen Folgen kommen.

■ **CardioVasc:** Sie setzen sich nachdrücklich für eine konsequente Qualitätssicherung in der Herzchirurgie ein und veröffentlichen auch die einschlägigen Zahlen Ihrer Klinik. Was halten Sie von der Forderung, dass nur fremdgeprüfte Daten valide Daten sind?

Ennker: Eine hervorragende Idee. Wir haben uns bemüht, unsere Zahlen extern validieren zu lassen, leider aber seinerzeit keine Institution hierfür gefunden. Dies muss sich ändern. Wer ehrliche und gute Arbeit abliefert, egal ob in der Herzchirurgie oder anderswo, braucht sich vor Fremdprüfungen nicht zu fürchten. Publikation der Resultate sind für uns eine ethische Bringschuld eines jeden Akteurs im Gesundheitswesen. Über kurz oder lang kann niemand bestehen, der keine optimalen Ergebnisse liefert, das merken auch Einweiser und Patienten sehr schnell.

Das Gespräch führte Jochen Aumiller. ■