Z Herz- Thorax- Gefäßchir 2018 · 32:257
<https://doi.org/10.1007/s00398-018-0255-5>
 Online publiziert: 26. Juni 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

A. Welz

Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

Endovaskuläre Techniken in der Hand des Chirurgen

Liebe Leserinnen und Leser,

die endovaskuläre Therapie thorakaler Aortenaneurysmen geht bereits auf die 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurück. Parodi et al. [1] beschrieben 1991 in der Zeitschrift *Annals of Vascular Surgery* die endovaskuläre Versorgung eines infrarenalen Bauchaortenaneurysmas. Die Technik hat sich in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt. Im Bereich der Aorta descendens ist dieses minimalinvasive Verfahren bei einer Vielzahl von pathologischen Aortenveränderungen inzwischen von einer Therapiealternative der offenen chirurgischen Versorgung zur unbestrittenen Therapie 1. Wahl aufgestiegen. Zunehmende Erfahrung und technische Neuentwicklungen sowohl in bildgebenden Methoden als auch bezüglich der verfügbaren Stent-Prothesen erlaubten die Ausweitung der Verfahren auf Hochrisiko- und Problemzonen der thorakalen und thorakoabdominalen Aorta.

Der Übersichtsbeitrag „Endovaskuläre Behandlung des Aortenbogenaneurysmas“ gibt eine detaillierte Zusammenfassung der heute möglichen Behandlung verschiedenster pathologisch-anatomischer Konstellationen am Aortenbogen. Dargestellt werden die Ausschaltung von Aneurysmen des Bogens mithilfe des Stent-Grafts in Kombination mit chirurgischen Verfahren zur Gewährleistung der ausreichenden Perfusion der supraaortalen Gefäße, aber auch die komplette endovaskuläre Therapie mithilfe „gebranchter“ Stent-Graft-Prothesen. Dazu passend widmet sich dieselbe Arbeitsgruppe unter der Rubrik „Stand der Wissenschaft“ der „Non-A-non-B-Aortendisektion“. Darunter wird das Vorliegen des primären

Einrisses im Bereich des Aortenbogens ohne Ausdehnung der Dissektion in die Aorta ascendens selbst verstanden. Das Krankheitsbild stellt besondere Anforderungen an Diagnose und Therapie. Ich meine hier, passend zum vorangehend beschriebenen Übersichtsbeitrag, dass in dieser Arbeit die Grenzen endovaskulärer Verfahren aufgezeigt werden.

» **Moderne Stent-Graft-Technologien setzen chirurgische und interventionelle Expertise zwingend voraus**

Ich habe diese Themen der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie hervorgehoben, da sie in besonderer Weise verdeutlichen, dass die sinnvolle und sichere Anwendung moderner Stent-Graft-Technologien auf die Aorta beiderlei Expertise, klassisch chirurgisch und interventionell, zwingend voraussetzt. In diesem Sinne kann ich unsere nachwachsende Generation an Herz-, Thorax- Gefäßchirurgen nur ermutigen, sich offen und engagiert mit modernen interventionellen Therapieverfahren auseinanderzusetzen und an deren Weiterentwicklung mitzuwirken.

Die Verfasser der übrigen spannenden Arbeiten mögen mir den etwas ausgehnteren Ausflug in die endovaskuläre Aorten Chirurgie verzeihen. Zusammengefasst reicht das Spektrum der vorliegenden Ausgabe von einem Positionspapier zum tragbaren Kardioverter-Defibrillator über Hochrisikokoronarrevaskularisation oder Ex-vivo-Lungenperfusion bis zu „Ironman“-Erfahrungen. Vor allem die Rubriken „Evidenzbasierte Me-

dizin“ und „Im Brennpunkt“ greifen das nicht minder bedeutsame und nebenbei gleichfalls zum Training von endovaskulären Techniken aufrufende Thema Herzklappenchirurgie auf.

Abschließend wünsche ich allen Leserinnen und Lesern viel Freude und Erkenntnisgewinn bei aufmerksamem Studium, aber auch entspanntem Lesen dieser Ausgabe.

Mit den besten Grüßen

Armin Welz

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. A. Welz
 Klinik und Poliklinik
 für Herzchirurgie,
 Universitätsklinikum Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25,
 53105 Bonn, Deutschland
armin.welz@ukb.uni-bonn.de

Interessenkonflikt. A. Welz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literature

1. Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD (1991) Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 5(6):491–499