

Leserbrief

An die Schriftleitung

L. Müller, Innsbruck, Klinische Abteilung für Allgemeine Chirurgie I, Herzchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie

Im Editorial zum Themenschwerpunkt „Standards in Diagnose und Therapie von Venenerkrankungen“ (Acta Chir Austriaca 1998;30:66-67) gibt P. Polterauer einige Statements zur Operationsempfehlung bei Varizen ab, die meines Erachtens nicht ohne Diskussion bleiben dürfen.

– 1. „Bei Patienten mit signifikanter Stammvarikose der V. saphena magna ist die Vene keinesfalls mehr als Bypass-Material brauchbar.“

Diese Behauptung stimmt heute nicht mehr. Es wurden in den letzten Jahren verschiedene Verfahren entwickelt, um auch variköse Venen erfolgreich als Bypass-Grafts einsetzen zu können, nicht zuletzt an der Universitätsklinik für Chirurgie in Wien (Moritz A, Grabenwoeger F, Wolner E: Mesh Tube-Calibrated Varicose Veins for Coronary Artery Bypass Grafting. Ann Thorac Surg 1994;57:240-242).

Durch die Verwendung von sogenannten Biocompound-grafts™ (Umhüllung der varikösen Vene mit einem Metallgitterschlauch; H. R. Zurbrugg in Swiss Surg Suppl 1996; Suppl 2, p 812) sind durchaus auch variköse Venen erfolgreich als Bypass-Grafts einsetzbar.

– 2. „In 25 bis 50% ist die V. saphena magna nach einer hohen Ligatur komplett oder teilweise thrombosiert oder für eine Bypass-Operation nicht mehr brauchbar.“

Es bleiben 50 bis 75% der Fälle, in denen die Vene doch brauchbar ist. Darüber hinaus sind oft schon 15 cm oder weniger von erheblicher Bedeutung.

– 3. Die Behauptung, daß nur 2,2% der Patienten 20 Jahre nach Venenstripping eine Bypass-Operation benötigen, wird nur mit einem Zitat aus dem Jahr 1983 belegt und ist an einem größeren Patientengut aktuell zu prüfen, da bekanntermaßen 1983 die Bypass-Operation noch nicht den zahlenmäßigen Stellenwert hatte wie heute.

– 4. „Mittlerweile ist nicht mehr die V. saphena magna, sondern die A. mammaria interna das Material der Wahl für einen koronaren Bypass.“

Geht man von einem, d. h. Single-Bypass aus, ist dies richtig. Allerdings ist der Single-Bypass heute die absolute Ausnahme und der 3- oder 4fach-Bypass die Regel. Sicher kann man aber die rein arterielle Revaskularisation nicht als Methode der Wahl in allen Fällen bezeichnen, vielmehr stellt das Fehlen einer brauchbaren Vene den Herzchirurgen immer wieder vor nicht unerhebliche Probleme, z. B. beim Diabetiker, bei dem die bilaterale Verwendung der A. mammaria interna kontraindiziert ist, bei allgemeiner Gefäßsklerose mit nichtverwendbarer A. radialis, nach Oberbauchlaparotomie mit Kontraindikation für die Verwendung A. gastroepiploica dextra usw.

– 5. „Folglich ist die Sinnhaftigkeit einer hohen Ligatur als Behandlung der Varikose nicht erwiesen.“

Ich glaube, daß vom Standpunkt des Herzchirurgen gerade das Gegenteil der Fall ist. Inwieweit eine derartige Behandlung möglich und sinnvoll ist, kann selbstverständlich nur vom Gefäßchirurgen entschieden werden. Ich möchte mit dieser Stellungnahme aber die Ablehnung einer die V. saphena magna konservierenden Operationsmethode aufgrund von falschen Argumenten kritisieren. Vielleicht wäre es auch sinnvoll, für eine spätere Bypass-Operation potentiell in Frage kommende Patienten anhand von Risikofaktoren, Alter und eventuell sogar apparativer Diagnostik zu screenen. Besteht kein signifikantes Risiko einer koronaren Herzkrankheit, wird die Vene gestrippt, ist eine spätere Bypass-Operation wahrscheinlich, sollte man sich bemühen, dieses wichtige Conduit zu erhalten.

Antwort der Autoren

Als Reaktion auf das Editorial zum Thema Venenerkrankungen von P. Polterauer (1) und dem kritischen Leserbrief von L. Müller ist aus herzchirurgischer Sicht folgendes zu sagen:

Die Indikation sowohl zur „Radikaloperation“ als auch zur „hohen Ligatur“ bei der Stammvarikose darf naturgemäß nur medizinischen Notwendigkeiten und nicht wie auch immer begründeten kosmetischen Eitelkeiten folgen. Dieser doch einschneidende Eingriff in das periphere Venensystem darf auch keine Präventivintervention sein. Ausgehend von dieser Prämisse muß sich die Wahl des chirurgischen Verfahrens primär nach dessen Effizienz im perioperativen Verlauf, resp. in der Vermeidung von Rezidiven richten. Die Auswahl der Operationstechnik im Hinblick auf den möglichen Einsatz des varikösen Venenmaterials bei späteren Bypassoperationen am Herzen, ist aus meiner Sicht nicht gerechtfertigt. Zur Begründung möchte ich kurz auf einige, von L. Müller angeführten Argumente eingehen:

Die Behauptung, daß man variköses Venenmaterial mit gutem Gewissen in der Bypasschirurgie verwenden kann, ist durch keinen Hinweis aus der Literatur belegt. Die z. B. von Moritz et al. (2) publizierten Fälle der „umhüllten Varizenvene“ dokumentieren nur den frühen postoperativen Verlauf bei einigen wenigen Patienten. Über Langzeitergebnisse mit diesen Conduits hat man eigenartigerweise jedoch nie mehr etwas gehört.

Die bereits bei Verwendung von „normalem“ Venenmaterial schlechten Langzeitergebnisse mit Venengrafts in der Bypasschirurgie (etwa 50 bis 60% Verschlußrate nach 10 Jahren) sollten durch die Einbeziehung varikösen Venenmaterials nicht noch weiter beeinträchtigt werden. In diesem Sinne sollten die Herzchirurgen generell trachten, die Verwendung arterieller Grafts zur Optimierung der Langzeitergebnisse zu forcieren.

Das Argument, daß unter gewissen Bedingungen arterielle Grafts als Alternative zu varikösen Venen nur beschränkt einsetzbar wären, kann ich ebenfalls nicht gelten lassen. Die mögliche Palette arterieller Conduits ist in jedem Falle ausreichend, um auch Bypasseingriffe mit mehreren Anastomosen durchzuführen (z. B. auch Verwendung sequentieller Grafts). Die Wahrscheinlichkeit, daß bei einem venengestripten Patienten beide A. radialis verkalken, der Magen (A. gastroepiploica) reseziert, die Bauchwand (A. epigastrica inf.) durch mehrere abdominelle Interventionen verstümmelt und beide A. mammaria durch z. B. stundenlange Reanimation zerstört sind, halte ich für äußerst gering. In diesem Falle bestünde auch noch die Möglichkeit der Verwendung von Armvenen, die ich persönlich dem Einsatz einer varikösen Beinvene vorziehen würde. Zudem ist die Behauptung, daß die bilaterale Entnahme der A. mammaria beim Diabetes kontraindiziert ist, eine rein subjektive Feststellung, die durch keine Daten belegt werden kann.

Die Inzidenz venengestrippter Patienten in unserem Krankenkollektiv der Jahre 1995 und 1996 ist zudem mit 3,5% sehr niedrig. Der häufigste Grund zur Nichtverwendung von Beinvenen ist nicht vorangegangenes Venenstripping, sondern praktisch immer eine ausgeprägte Varikose.

Zusammenfassend möchte ich feststellen, daß sich, bei entsprechender medizinischer Indikation, die Auswahl des chirurgischen Verfahrens bei der Stammvarikose primär nach den patientenspezifischen Notwendigkeiten und erst sekundär nach den potentiellen Begehrlichkeiten der Herzchirurgen richten sollte. Dieser Vorschlag kann natürlich nicht die Frage beantworten, welcher der von Polterauer et al. beschriebenen Operationstechniken bei ausgeprägter Stammvarikose die Methode der Wahl darstellt.

R. Seitelberger, Wien, Klinische Abteilung für Herzchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie

Literatur

1. Polterauer P: Standards in Diagnose und Therapie von Venenerkrankungen. Acta Chir. Austriaca 1998;30:66-67.
2. Moritz A, Grabenwoeger F, Wolner E: Mesh Tube-Calibrated Varicose Veins for Coronary Artery Bypass Grafting. Ann Thorac Surg 1994;57:240-242.