Endoskopische Venenentnahme – immer noch ein aktuelles Thema?

Liebe Leserinnen und Leser,

endoskopische Venenentnahme – immer noch ein aktuelles Thema? Sicherlich ja, denn in den verschiedenen herzchirurgisch relevanten, nationalen und internationalen Journalen finden sich auch aktuell Beiträge zu diesem Thema; so auch in dieser Ausgabe der *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* mit dem Beitrag von Herrn Suttner sowie den Kommentaren von Frau Bleiziffer, Herrn Rastan und Herrn Sack.

Diskutiert man im Kreise der Abteilungsleiter den Umgang mit der endoskopischen Venenentnahme, so wird vielfach geäußert: „Machen wir nur noch, findet ausschließlich statt und kann bei mir jeder Assistenzarzt“. Es scheint, als würde dieser Eingriff in allen Kliniken angeboten und selbstverständlich zum notwendigen Repertoire einer zeitgemäßen Herzchirurgie zu gehören.

De facto ist jedoch ausgesprochen unklar, in welchem Umfang tatsächlich endoskopische Venenentnahmen durchgeführt werden, welchen Prozentsatz sie im jeweiligen Programm ausmachen und ob sie nur für selektierte Patienten mit höherem Wundheilungsrisiko, bei Patienten, für die das kosmetische Ergebnis einen hohen Stellenwert hat, oder generell bei allen Patienten angewandt werden.

In der Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie wird derzeit jedenfalls nicht systematisch erfasst, ob, in welchem Umfang und mit welcher Technik endoskopische Venenentnahmen stattfinden. Aus-

zuschließen ist aber sicherlich eine Penetration des Verfahrens in der Routine-Koronarchirurgie in dem Maße, in dem es offensichtlich bei unseren US-amerikanischen Kollegen Einsatz findet – Herr Suttner führt hierzu aus: in 70% der Fälle in den USA sei die endoskopische Venenentnahme die „bevorzugte Technik“.

Aus Patientensicht ist die endoskopische Saphenektomie zweifellos ein interessanter Aspekt einer Bypassoperation, vorausgesetzt, die so entnommene Vene besitzt als Bypass gleiche oder gar bessere Eigenschaften verglichen zu den eher konventionell gewonnenen (Brückentechnik oder offene Präparation) Segmenten. Auch dieser Aspekt wird von den Düsseldorfer Kollegen angesprochen, vor dem Szenario von kardiovaskulären Ereignissen im Früh- und Spätverlauf, aber auch hinsichtlich der erzielbaren Offenheitsraten. Ergänzend einbeziehen sollte man auch noch Arbeiten zur elektronenmikroskopischen Beurteilung der Gefäßqualität, wobei endoskopisches Vorgehen nicht obligat gleichbedeutend mit atraumatischem zu sein scheint, sondern Operateur und Technologie einen entscheidenden Gestaltungsspielraum haben dürften.

Die Kommentare zur Problematik gehen einerseits auf die aktuelle, bisweilen auch kontroverse Ergebnislage ein und andererseits auf den Empfehlungsstand in einschlägigen Leitlinien, während Herr Sack insbesondere die Sicht aus der Praxis in der Klinik aufgreift. Vielleicht ist diesbezüglich gerade die Kombination von bilateraler Mammariarevasku-

larisation und endoskopisch gewonnener Vene interessant inklusive der optimalen Möglichkeit, Workflow und Dynamik im OP-Team zu harmonisieren.

In jedem Falle könnte Herr Suttners Beitrag als Ausgangspunkt für eine interne Diskussion zum Stand des Verfahrens in Ihrer Klinik dienen, innerhalb derer auch einmal generell zu überlegen wäre, inwieweit die endoskopische Venenentnahme ein sinnvoller früher Einstieg in endoskopische Präparationstechniken mit spezialisierter Instrumentation und Videobildgebung auch für jüngere Mitarbeiter in der Weiterbildung sein kann.

In diesem Sinne Ihnen alles Gute von uns Herausgebern!

Ihr Jochen Cremer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jochen Cremer

Klinik für Herz- und
Gefäßchirurgie,
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3
24105 Kiel
JCremer@kielheart.uni-kiel.de