A. Welz

Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn, Deutschland

Bypass-Operationen bei komplexer Dreigegefäßerkrankung

Die vorliegende Ausgabe der Zeitschrift Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie befasst sich mit dem wichtigen Thema „kathetergestützte Herzklappentherapie“, passend zur kürzlich erschienenen [1] „Guideline on valvular heart disease“ der European Society of Cardiology/ European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Sie enthält aber unter der Rubrik „Im Brennpunkt“ auch einen wesentlichen Beitrag zur Klassifizierung der koronaren Herzerkrankung (KHK) nach Bypass-Chirurgie. Dies soll Anlass für einige persönliche Überlegungen zu diesem für die Herzchirurgie bedeutenden Bereich sein.

Zahlreiche bereits einige Jahrzehnte zurückliegende, aber auch neuere kontrollierte randomisierte Studien weisen bei komplexer Dreigegefäßerkrankung oder distaler Hauptstammstenose und stabiler Angina pectoris auf eine Überlegenheit der Bypass-Chirurgie hin. Dies gilt gegenüber konservativer, aber auch interventioneller Therapie hinsichtlich des Langzeitüberlebens der Patienten. Der über randomisierte Studien geführte, empirisch orientierte induktive wissenschaftliche Ansatz besitzt zweifelsfrei große Bedeutung für die Lebenswissenschaften. Es lohnt aber auch, den deduktiven Ansatz nicht aus den Augen zu verlieren.

» Bypass-Anlage auf ein mittleres oder distales Gefäßsegment ist dem Koronarstent überlegen

Unzweifelhaft ist die pathologisch-anatomische und pathophysiologische Erkenntnis, dass der arteriosklerotische

Befall der Herzkranzarterien von proximal nach distal abnimmt. Daher sollte es nicht verwundern, dass die Bypass-Anlage auf ein mittleres oder distales Gefäßsegment, mit der praktisch ein Überspringen der Läsionen erfolgt, in der Langzeithaltbarkeit einem Koronarstent überlegen sein wird. Letzterer wird, sich seinem therapeutischen Grundprinzip entsprechend, immer mit der Region der höchsten Anfälligkeit für arteriosklerotische Veränderungen beschäftigen müssen. Dies zeigt auch die selbst durch medikamentenbeschichtete Stents nichtgelöste Rezidivhäufigkeit. Darüber hinaus darf bei Verwendung der linksseitigen A. thoracica interna für den R. interventricularis anterior (RIVA) von einer sehr hohen „patency rate“ selbst nach 12 oder auch 15 Jahren ausgegangen werden. Dies bedeutet aber auch, dass viele Patienten mit Dreigegefäßerkrankung, versorgt mit mindestens „left internal mammary artery“ (LIMA) zu RIVA, auch bei venösen Grafts zu weiteren Zielgebieten mit hoher Wahrscheinlichkeit in ihrem weiteren Leben nie mehr eine Dreigegefäßerkrankung aufweisen werden. Nun ist aus älteren Studien, wie z. B. der VA-Studie, zu der neuerdings abschließende Fünfzehnjahresdaten publiziert wurden, bekannt, dass Patienten mit stabiler Zweigegefäßerkrankung ohne RIVA-Beteiligung bei lediglich konservativer Behandlung ebenfalls eine sehr günstige Prognose quoad vitam zeigen. *Conditio sine qua non* ist allerdings die Durchführung der Bypass-Operation mit niedriger Morbidität und Mortalität.

Zusammengefasst decken sich hier pathophysiologische Prinzipien und Überlegungen in selten perfekter Art und Weise mit den Ergebnissen randomisierter Studien. Dies bildete sich auch eindeutig

in den aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien ab. Somit sollte eigentlich zu erwarten sein, dass die Zahlen der in der BRD durchgeführten Bypass-Operationen wieder steigen werden.

Die Autoren der weiteren spannenden Beiträge werden mir diesen alleinigen Ausflug in die Koronarchirurgie verzeihen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Freude und Erkenntnisgewinn beim Studium dieser Ausgabe der Zeitschrift Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie.

Armin Welz

Korrespondenzadresse

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

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

Literatur

1. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, Lung B, Lancellotti P, Lansac E, Muñoz DR, Rosenhek R, Sjögren J, Mas PT, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S, Zamorano JL, ESC Scientific Document Group (2017) 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J 38(36):2739–2791. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>