

RADIOLOGISCHE EINSATZFELDER

„In 90 Prozent der Fälle reicht ein schonender Eingriff aus“

Professor Dr. Peter Huppert ist Direktor des Institutes für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin am Klinikum Darmstadt. Er erklärt die Vorzüge und Grenzen der interventionellen Gefäßtherapie



Prof. Dr. Peter Huppert

Herr Professor Huppert, pAVK-Patienten bevorzugen oft minimalinvasive Eingriffe, warum?

Professor Peter Huppert: Wir haben heute deutlich bessere Instrumente als noch vor zehn Jahren. Heutzutage kommt ein geübter Radiologe sogar mit langstreckigen, totalen Gefäßverschlüssen zurecht. Da die Intervention mit örtlicher Betäubung durchgeführt wird, wenig belastend für den Patienten ist und meist nur mit kurzen stationären Aufenthalten verbunden, ist die Akzeptanz durch die Patienten dementsprechend hoch.

Wann ist ein Eingriff ratsam?

Sind offene Wunden entstanden, ist eine Intervention oder eine OP zwingend notwendig, um den Blutstrom wiederherzustellen und drohende Amputationen zu verhindern. In den früheren Stadien IIa bis IIb kann man minimalinvasiv behandeln, wenn ein hoher Leidensdruck seitens der Patienten besteht. Es gibt jedoch rege Diskussionen, ob dies sinnvoll ist. Bei etwa einem Viertel der Patienten kommt es innerhalb eines Jahres durch erneute Ausbildung von Gefäßverengungen wieder zu Symptomen, die oft zur einer weiteren interventionellen Behandlung führen. Andererseits ist der Durchblutungsmangel in diesen Stadien auch sehr gut mittels gezieltem Gehtraining zu therapieren. Durch regelmäßige Bewegung bilden sich neue sogenannte Umgehungsgefäße, über die der Blutfluss umgeleitet wird.

Wann wird operiert, wann ist ein minimalinvasiver Eingriff besser?

Zunächst wird immer geprüft ob eine minimalinvasive Intervention möglich ist. „Intervention first“ ist die Strategie. Eine OP ist ratsam, wenn die Gefäßveränderungen in bewegungsreichen Gefäßsegmenten lokalisiert sind, etwa in der Leistenbeuge. Hier können nach längerer Zeit Stents durch die starke mechanische Belastung beschädigt werden und sich wieder verschließen. Ein anderer OP-Grund kann sein, dass die Verengungen oder Verschlüsse sehr lang sind, über 15 Zentimeter im Beckenbereich oder über 25 Zentimeter in den Beinarterien. Das sind aber keine festen Grenzen. In 90 Prozent der Fälle gelingt es jedoch, die Durchblutung mit schonenden Methoden wiederherzustellen. Der Erfolg einer minimalinvasiven Behandlung hängt in hohem Maß von der Erfahrung des Arztes ab.

Welchen Einfluss hat der Patient auf die Therapie?

Jeder Betroffene darf die für ihn beste Behandlungsart erwarten und sollte darüber auch mitentscheiden. Dabei ist es sehr wichtig, dass alle Vor- und Nachteile der jeweiligen Therapie für den Patienten und seinen speziellen Fall herausgearbeitet werden – und nicht schematisch vorgegangen wird. Am besten ist das in interdisziplinär arbeitenden Gefäßzentren möglich, da hier Gefäßmediziner aller erforderlichen Disziplinen wie Angiologie, Gefäßchirurgie und Radiologie zusammenarbeiten.