

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

MIDCAB Operationen in Wien - die ersten Erfahrungen

Czerny M, Grimm M, Wolner E

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 1999; 6 (2)

116-120

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pacherneegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Grazer Gefäß- & Gerinnungstage 2025
Donnerstag, 26. Juni 2025
14:30 – 15:00

Vertiefendes Fachwissen



www.amrn.link/aerzte

AMARIN SYMPOSIUM

**Ein neuer Angriffspunkt im leitliniengerechten
Risikofaktorenmanagement von pAVK- Patient:innen**

Dr. Reinhard B. Raggam, Graz



© 2025 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited. Alle Rechte vorbehalten.
AMARIN Name und Logo sind Marken von Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited.

AT-VAZ-00220, 05/2025

MIDCAB Operationen in Wien – Die ersten Erfahrungen

M. Czerny, M. Simon, E. Wolner

Die Ergebnisse MIDCAB (minimal invasive distal coronary artery bypass) Operation wurde als chirurgische Therapie des koronaren Arterienverschlusses in der letzten Zeit zunehmend diskutiert. Aufgrund der Vorteile (kleinere Schnitte, kürzere Operationszeiten, geringere postoperative Schmerzen, rasche Mobilisation) wurde die MIDCAB-Operation in 17 Patienten an der Universitätsklinik Wien durchgeführt. Die ersten Erfahrungen werden in dieser Arbeit berichtet. Die Patienten wurden in 10 Fällen mittels einer minimal-invasiven, distalen, retrograden Zugangsweise (Retrograde Approach) und in 7 Fällen mittels einer konventionellen, proximalen, antegraden Zugangsweise (Antegrade Approach) operiert. Die Ergebnisse werden in dieser Arbeit berichtet. Die Patienten wurden in 10 Fällen mittels einer minimal-invasiven, distalen, retrograden Zugangsweise (Retrograde Approach) und in 7 Fällen mittels einer konventionellen, proximalen, antegraden Zugangsweise (Antegrade Approach) operiert. Die Ergebnisse werden in dieser Arbeit berichtet.

The results of MIDCAB (minimal invasive distal coronary artery bypass) operation in regard to benefits of coronary artery surgery versus those for conventional CABG operation at the Department of Cardiac Surgery of the University of Vienna, Austria, are reported. The first results of coronary artery surgery versus those for conventional CABG operation at the Department of Cardiac Surgery of the University of Vienna, Austria, are reported. The first results of coronary artery surgery versus those for conventional CABG operation at the Department of Cardiac Surgery of the University of Vienna, Austria, are reported.

Die MIDCAB-Operation stellt den ersten Schritt in der Minimierung der Invasivität herkömmlicher Eingriffe in das Herzkreislaufsystem dar. Die Operation ist ein wichtiger Schritt in der Minimierung der Invasivität herkömmlicher Eingriffe in das Herzkreislaufsystem dar. Die Operation ist ein wichtiger Schritt in der Minimierung der Invasivität herkömmlicher Eingriffe in das Herzkreislaufsystem dar.

Die ersten Erfahrungen mit der MIDCAB-Operation werden in dieser Arbeit berichtet. Die ersten Erfahrungen mit der MIDCAB-Operation werden in dieser Arbeit berichtet. Die ersten Erfahrungen mit der MIDCAB-Operation werden in dieser Arbeit berichtet.

Patienten und Methoden

In den Jahren 1996-1998 wurden 17 Patienten mit der MIDCAB-Operation behandelt. Die Patienten wurden in 10 Fällen mittels einer minimal-invasiven, distalen, retrograden Zugangsweise (Retrograde Approach) und in 7 Fällen mittels einer konventionellen, proximalen, antegraden Zugangsweise (Antegrade Approach) operiert.

Ergebnisse

In 10 Fällen wurde die MIDCAB-Operation mittels einer minimal-invasiven, distalen, retrograden Zugangsweise (Retrograde Approach) durchgeführt. In 7 Fällen wurde die MIDCAB-Operation mittels einer konventionellen, proximalen, antegraden Zugangsweise (Antegrade Approach) durchgeführt.

Eingegangen am 12. 08. 1998; angenommen nach Revision am 26. 12. 1998.
Reprintanfrage: Prof. Dr. med. Michael Simon, Univ. Klinik für Chirurgie, Alz. 1, 1040 Wien, Österreich.

In unserer Serie gab es keinen Todesfall und keinen Myokardinfarkt.

Eine Reoperation wurde aufgrund unklarer Anastro-moseverhältnisse in der postoperativen Angiographie durchgeführt; diese Anastomose erlies sich jedoch als cli-nisch. Bei einem Patienten wurde eine LIMA-LAD-Anas-tomose mittels einer PTCA erfolgreich versorgt. Zwei Revisionen mußten aufgrund von Blutungen im Präpara-tionsgebiet der A. mammaria durchgeführt werden. Wie beobachtet sind 2 Wundinfektionen. 12 Patienten konnten bereits am OP-Tisch extubiert werden. In der bei 36 von 52 Patienten durchgeführten Nachangiographie zeigte sich eine primäre Öfferröhrate von 96%, eine Anastomose zwischen A. mammaria und Ramus diagonalis war ang-iographisch nicht darstellbar.

In 5 Fällen wurde eine Anastomose zwischen GZA und RCA hergestellt. In dieser Gruppe ließen sich weder Tod, Myokardinfarkt, Konversion oder Reoperationen beobachten. 3 von 5 Patienten wurden postoperativ nachangiographiert und alle Bypässe waren angiographisch offen und gut durchgängig. Alle Patienten sind momentan völlig asymptomatisch.

Diskussion

Nach unserer Meinung hat die MIDCAB Operation das Potential, sich für ein selektiertes Krankengut als gute therapeutische Option in der Behandlung der koronaren Eingefäßkrankung zu etablieren.

Gerade die MIDCAB Operation hat am Beginn ihrer klinischen Verwendung zu sehr vielen überschüssigen Hernungen von Seiten der Chirurgen und am heutigen Sicht umstrittenen Konzept der Koronarkirurgie in 2 Jahren nach der klinischen Einführung der Methode in die Endothekalisierung, wo man glaubte, diese Technik würde mit Sicherheit die Behandlungsmethode der ersten Wahl in der koronaren Eingefäßkrankung werden, verfiel. Es hat sich vielmehr etabliert, daß diese Operationsstechnik in Zukunft eine Erweiterung im Spektrum der Therapie der koronaren Eingefäßkrankung darstellt. Auf der anderen Seite sind jene technisch noch Anfangscharakteristiken über-



Abbildung 1: Schrittmacher bei einem VÖC-NB-Patienten: Dieser hatte bereits Jahre zuvor einen Koronabypass erhalten.

wunden, welche die Gegner dieser Operationstechnik an ihr zweifeln ließen; das heißt, die Präparation der artikulären Gräts, die Myokardstabilisation und die Anastro-momentechnik heute so weit verbessert sind, daß wir dem Patienten mit dieser Operationsmethode eine gute chirurgische Qualität bieten können. Dennoch wird die Anzahl der Patienten, denen diese Methode sinnvoll angeboten werden kann, klein bleiben.

Die erste Untersuchung (Kaplan et al. 1996) untersuchte 100 isolierten koronaren Eingriffschikanen (LAD, RCA), die erklärt sind durch die anatomische Limitation, wonach, daß nur diese Zielgefäße durch einen kleinen Schnitt erreichbar sind, als auch daß durch denselben Schritt auch die verfügbaren arteriellen Grafts gewonnen werden müssen. Weiteres in Frage kommen Patienten mit einer koronaren Mehrgefäßerkrankung, bei denen von vornherein nur ein chirurgisches Zielgefäß vorgesehen ist oder die anderen Gefäße aus morphologischen Gründen nicht anschließbar sind, eine PTCA geplant ist oder die Gefäße antientzündliche Wandveränderungen aufweisen, die zum Zeitpunkt der MIDECA-Operation noch nicht hämodynamisch wirksam sind und daher vorerst keiner Intervention bedürfen.

Nach unseren Erfahrungen scheint sich die MEDICAL Operation in Zukunft nur für Patienten mit geringem Risiko profilieren zu können. Dies erklärt sich aus der relativ hohen Mortalität solcher Patienten bei konventioneller Operation mit Herz-Lungenmaschine. Diese Vorgabe könnte in unserer Serie umgesetzt werden und, abgesehen von wenigen Ausnahmen in der Frühphase der MEDICAL Operation, haben wir Patienten mit einem geringeren Risiko immer eine Operation mit Steriornithon, jedoch ohne Herz-Lungenmaschine, angeboten. Durch eine bisher null Prozent Mortalität in unserer MEDICAL Serie haben wir die Mindestvorgabe für diese Therapie in jedem Fall erfüllt.

Nach Überwindung von anfänglichen technischen Schwierigkeiten sind die Ergebnisse mit der MIDACE-Operation sehr gut, so daß wir dem Patienten heute mit dieser Operationsmethode eine gute chirurgische Qualität bieten können [5]. Die postoperative Kontrollangiographie wird nur noch durchgeführt, wenn die intraoperative Situation das erfordert oder der Patient eine klinische Symptomatik entwickelt. Der subtypische Zugang scheint wegen der weitaus geringeren Schmerzbelastung in Zukunft der chirurgische Zugang der ersten Wahl zu sein. Die Wertigkeit der Kombination der MIDACE-Operation mit der PTCA



Abbildung 2: Das korrekte Zielgerät wird mit einem Stabilisierungssystem fixiert.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)