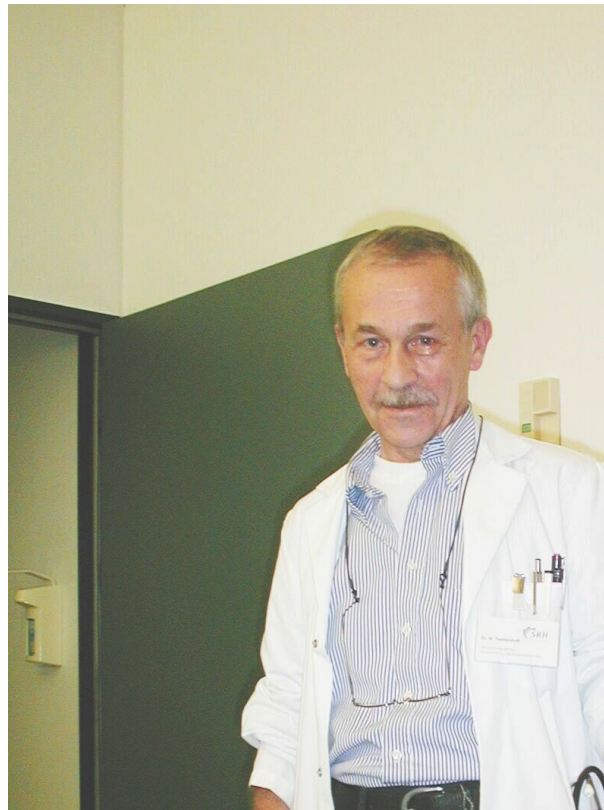


Interview mit Oberarzt Dr. Twittenhoff

Von Thomas Lehn

Da ich mal wieder Probleme mit meinem Shunt hatte, und ich mich im Fachkrankenhaus für Shuntchirurgie in Neckargemünd von der OP erholte, nutzte ich die Gelegenheit, mit Herrn Dr. Twittenhoff, Oberarzt und langjähriger enger Mitarbeiter von Prof. Brittinger, ein Interview zu machen:



Herr Dr. Twittenhoff, Sie sind einer von 3 Oberärzten, hier im Kompetenzzentrum für Shuntchirurgie im Fachkrankenhaus Neckargemünd, bekannt als Anlaufstelle, wenn die Anderen (Shuntchirurgen) uns nicht mehr helfen können. Jeder Betroffene, der einmal ernsthafte Probleme mit seiner Lebensader hatte, kommt zu Ihnen. Nach dem Motto: **Wenn nichts mehr geht, musst du zum Professor Brittinger nach Neckargemünd!**

Prof. Wolf Dieter Brittinger hat die Shuntchirurgie, die er seit 1967 im Klinikum Mannheim zu seinem Arbeitsschwerpunkt gemacht hatte, 1976 hier im Krankenhaus aufgebaut und weiterentwickelt. Ich kenne ihn nun schon seit fast 23 Jahren, und da ich schon immer Probleme mit meiner Lebensader habe, bin ich schon häufig von ihm operiert worden, und mit Ihnen Herr Dr. Twittenhoff habe ich auch schon etliche Stunden im OP verbracht. Hier arbeiten Sie mit dem Leiter der Abteilung, Dr. Mündlein, 2 Oberärzten und 6 Assistenzärzten Hand in Hand, die sich auf verschiedenen Gebieten spezialisiert haben, z.B. Shuntchirurgie, Nephrologie, Dialyse, Radiologie und Ultraschall. Rund um die Uhr stehen die Spezialisten bereit, rund um die Uhr wird operiert und rund um die Uhr steht für den Notfall eine Dialysemaschine bereit.

Es gibt 2 Bettenstationen mit sehr kompetentem Personal, übrigens Pfleger/innen mit z. T. über 20-jähriger Erfahrung.

Seit wann arbeiten Sie hier in der Shuntchirurgie?

Seit Einrichtung der Abteilung Innere Medizin/ Nephrologie und Shuntchirurgie in Neckargemünd im Jahr 1976. Zuvor war ich, wie auch Prof. Brittinger im Klinikum Mannheim, und zwar seit 1969, habe dort meine Ausbildung zum Internisten und Nephrologen absolviert und mich von Anfang an mit der Shuntchirurgie befaßt.

Was unseren Mitbetroffenen interessiert: Wie viele Shunt Ops werden hier in Neckargemünd im Jahr ungefähr durchgeführt?

Etwa 2600 pro Jahr mit ständig steigender Tendenz. Ca. 50 % davon werden ambulant durchgeführt.

Werden hier ausschließlich Neuanlagen hergestellt, oder die anderswo angelegten Shunts wieder in Gang gebracht?

Hier im Fachkrankenhaus Neckargemünd wird die gesamte Palette der Gefäßanschlußmöglichkeiten für die Behandlung mit der Künstlichen Niere angeboten: vom Erstshunt, über Neuanlagen bis zu Revisionseingriffen bei bereits bestehenden, oft auswärts angelegten Shunts jeglicher Art, Shunts mit körpereigenen wie mit Fremdgefäßen. Darüberhinaus werden hier auch die gängigen Vorhofkatheter und die sog. Portsysteme zur i.v. Langzeittherapie mit Medikamenten implantiert.

Wie viele Shuntarten gibt es?

Das läßt sich an einer bestimmten Zahl nicht festmachen. Sie hängt in hohem Maße von der Fantasie und dem ‚Einfühlungsvermögen‘ des jeweiligen Shuntchirurgen ab, der natürlich das komplette Spektrum der Shuntarten beherrschen muß.

Bei entsprechenden Gefäßvoraussetzungen und ökonomischem Vorgehen gibt es z. B. allein am Unterarm mindestens 3 oder 4 Shuntmöglichkeiten, das Gleiche trifft auf den Ellenbeugenbereich zu. Erst wenn diese Shuntmöglichkeiten, die vorwiegend mit körpereigenen Gefäßen durchgeführt werden, erschöpft sind, sollten Gefäßersatzshunts mit ihren unzähligen Varianten zum Einsatz kommen. Auf weitere Einzelheiten einzugehen, würde zu weit führen. Ich möchte nur andeutungsweise aufzeigen, daß es eine große Vielfalt von Möglichkeiten gibt.

Eine meist nicht erfüllbare Wunschvorstellung wäre, daß der Shuntchirurg weiß, was aus einem Shunt postoperativ wird, und daß er praktische Erfahrung mit dem Einsatz der von ihm angelegten Shunts hat.

Um eine Dialyse durchführen zu können, ist ein Zugang notwendig. Welche Möglichkeiten haben Sie, einen vorübergehenden Zugang zu legen?

Ist bei nicht vorhandenem Shunt für die umgehende Einleitung der Behandlung eine Dialyse von etwa 2 – 3 Wochen notwendig, wählen wir nach wie vor den einlumigen Shaldon-Katheter in der Vena jugularis interna als Gefäßzugang. Ist lediglich eine kurze Zeit zu überbrücken, ist bei uns als einfach zu handhabende Methode die u.U. wiederholte Katheterisierung der Vena femoralis üblich, von der andernorts m.E. viel zu wenig Gebrauch gemacht wird. Ich halte es nicht für gerechtfertigt, bei akuter

und rasch behebbarer Shuntthrombosierung für eine einzige Dialyse einen Jugularis-Katheter anzulegen. Ebenso erscheint es mir wegen der unvermeidlich stärkeren Schädigung der zentralen Venen, die später eine Shuntanlage an den entsprechenden Extremitäten erschwert, nicht gerechtfertigt, 2- oder gar 3-lumige Katheter zu verwenden. Auch sollte die Katheterisierung der Vena subclavia mittlerweile obsolet sein.

Eine sich z. Z. verbreitende Unsitte ist die routinemäßige Implantation noch großkalibrigerer Vorhofkatheter. Das ist weder zur Einleitung der Dialysebehandlung, noch zur kurzfristigen Überbrückung indiziert.

Hat sich bei Ihnen die Patienten Klientel verschoben? Ich meine damit, ist die Altersgrenze der Betroffenen gestiegen? Kamen komplizierte Gefäßprobleme in den letzten Jahren aufgrund der angestiegenen Zahl der dialysepflichtigen Diabetiker hinzu?

Wie überall hat sich verständlicherweise auch bei uns die Patienten Klientel mit einer Verschiebung zu den höheren Altersgruppen deutlich geändert. Ältere Menschen bieten aber keine grundsätzlich größeren Probleme als jüngere, was die Anlage von Shunts betrifft. Anders sieht das bei der zunehmenden Zahl an Diabetikern aus, die ja inzwischen mehr als die Hälfte der dialysepflichtigen Patienten ausmachen. Durch die generalisierte arterielle Gefäßschädigung, die eben auch die Arm- und Beinarterien befällt, stellen sie eine besondere Herausforderung dar. Nicht selten müssen bei ihnen funktionierende Shunts wieder entfernt oder auf kompliziertere Weise umgewandelt werden, weil die Durchblutung der abhängigen Partien, d.h. von Händen oder Füßen nicht mehr ausreicht. Bei Diabetikern bleibt deshalb manchmal keine andere Wahl als die Anlage von Vorhofkathetern, die wir aber, wie bereits angesprochen, nicht sehr schätzen.

Woher kommen die Patienten? Deutschlandweit oder auch europaweit?

Das Gros der Patienten kommt aus dem süddeutschen Raum. Es gibt aber auch viele Dialysezentren in Niedersachsen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und in den neuen Bundesländern, die regelmäßig Problempatienten in unsere Klinik überweisen. Patienten aus anderen europäischen Ländern sind eher selten.

Ist das richtig: Die Patienten, die einmal bei Ihnen waren, kommen bei Shuntprobleme wieder?

Das trifft sicherlich zu. Zu vielen Patienten, wie bei Ihnen, ist oft über viele Jahre eine besondere Bindung entstanden. Sie scheuen dann auch längere Anfahrwege nicht, um bei Shuntkomplifikationen in Neckargemünd behandelt zu werden. Das liegt freilich zum großen Teil an dem hervorragenden Renomme von Prof. Brittinger.

Hatten Sie Patienten, wo es keine Möglichkeit mehr gab, eine Shuntanlage zu basteln?

Nur bei ganz wenigen Patienten gelang eine Shuntanlage nicht. Die Dialysebehandlung konnte aber trotzdem immer über Vorhofkatheter fortgeführt werden.

Prof. Brittinger, der eine Kapazität in der Shuntchirurgie ist und hier in Deutschland als Shuntpapst seinen Namen hat, zieht sich mit 65 Jahren – zurecht - aus dem aktiven Arbeitsleben zurück. Gibt es einen Nachfolger?

Die Nachfolge ist seit längerem gut geregelt. Es liegen alle Voraussetzungen dafür vor, das ‚Shuntgeschäft‘ in Neckargemünd in seinem Sinne weiter zu betreiben. Dr. Mündlein hat als Internist und Nephrologe die Leitung der Abteilung übernommen. Er ist aber ebenso shuntchirurgisch tätig, wie auch die 2 anderen Oberärzte, Dr. Metzler und Dr. Röder, die den geänderten Rahmenbedingungen entsprechend Fachärzte für Chirurgie sind.

Seit 1960, als Scribner den sog. Scribnershunt einsetzte, oder seit später von Brescia und Cimino die Fistel entwickelt wurde, gibt es jetzt, 42 Jahre danach, bahnbrechende Weiterentwicklungen in der Shuntchirurgie?

Da das immer so wiedergegeben wird, muß ich zunächst richtigstellen, daß der Scribner-Shunt, durch den erst eine Langzeitbehandlung des chronischen Nierenversagens ermöglicht wurde, nicht von Scribner stammt. Der eigentliche ‚Erfinder‘ ist dessen amerikanischer Landsmann W. E. Quinton. Man sollte daher vom Quinton-Scribner-Shunt sprechen.

Bahnbrechende Errungenschaften hat es auf dem Shuntsektor seither nicht gegeben. Die Verfügbarkeit von Gefäßprothesen aus Kunststoff war sicher ein wesentlicher Fortschritt, war doch vor dieser Zeit eine Shuntanlage wegen schlechter bzw. aufgebrauchter körpereigener Gefäße häufig äußerst schwierig. Völlig Neues brachten diese Prothesen aber nicht, sie werden nach dem gleichen Prinzip wie die av.-Fisteln verwendet.

In den seit einiger Zeit hier und da eingesetzten ‚Dialyse-Ports‘, von denen zwei Typen auf dem Markt sind (Dialock® und LifeSite®) sehe ich keine entscheidende Lösung der Gefäßanschlußproblematik. Deren Implantation erscheint mir viel zu aufwendig und die Anwendung viel zu komplikationsträchtig, ohne besondere Vorteile zu bieten.

Und meine letzte Frage:

Was raten Sie meinen Mitbetroffenen, um lange Zeit ihre Lebensader benutzen zu können? Gibt es spezielle Punktionstricks, Hygienetipps oder Vorschriften, wie z.B. das Abdrücken nach der Dialyse, was man als Shuntinhaber befolgen soll oder auf keinen Fall machen sollte.

Punktionstechnik und Einhaltung von Sterilität halte ich für ganz wichtige Faktoren, um eine lange Shuntfunktionszeit zu gewährleisten. Bei jedem Shunt sollte die „Strickleiterpunktionstechnik“ strikt angewandt werden, d.h. die Punktion des Shunts in ganzer Länge mit möglichst großen Abständen zwischen den Punktionsstellen.

Mir wird immer unbegreiflich bleiben, daß bei einer 20 – 25 cm langen Fistelvene oder

bei einer meist 30 –35 cm langen Kunststoffshuntschleife oft ständig nur ganz kurze Abschnitte punktiert werden. Notwendige Operationen infolge der dadurch bedingten Komplikationen wären größtenteils vermeidbar. Ständiges Punktieren auf zu engem Raum führt unweigerlich zum Verschleiß der Gefäßwand bei Eigen- wie bei Kunststoffgefäßen mit Ausbildung von Aneurysmen, Pseudoaneurysmen und Stenosen.

Es empfiehlt sich auf jeden Fall, streng sterile Kautelen beim Punktieren zu beachten. Bei uns erfolgt jede Shuntpunktion und das „Abdrücken“ nach der Dialyse unter Verwendung von sterilen Einmaltüchern, Kompressen und Handschuhen. Auch ohne

sterile Handschuhe, die anderswo meist nicht benutzt werden, ist durch intensive Hautdesinfektion eine weitgehende Keimfreiheit von Händen und Fingern zu erreichen. Wenn auch die Infektionsrate bei Fisteln mit körpereigenen Gefäßen gering ist, sind punktionsbedingte Infektionen bei Kunststoffshunts sehr viel häufiger und machen dann i. d. R. größere Korrekturoperationen erforderlich, oder führen sogar zum Shuntverlust.

Zur zusätzlichen Infektionsverhütung ist eine Abdeckung der Punktionsstellen nach Beendigung der Dialyse zumindest mit sterilen Pflastern, die bis zum Folgetag belassen werden sollten, sinnvoll. Besser wäre ein Verband mit sterilen Kompressen nach Auftragen von hautschützender und –regenerierender Salbe (z. B. Bepanthen Salbe®) auf das gesamte Shuntareal unter Aussparung der letzten Punktionsstellen, der auch erst am Tag nach der Dialyse entfernt werden sollte.

Alle genannten Empfehlungen wären am ehesten einhaltbar, wenn der ‚Shuntinhaber‘, dem am Erhalt seiner Lebensader am meisten liegt, seinen Shunt selbst punktieren würde. Deshalb lege ich zumindest jüngeren Patienten dringend nahe, das Punktieren selbst zu erlernen.

Vielen Dank für das informative Interview. Ich schätze Sie sehr als einen kompetenten Spezialisten , der sich auch mal auf die Ebene des Patienten begibt, im alles erklärt, was mit ihm geschieht, auch für Wünsche offene Ohren hat und den Patienten als solchen auch als Partner sieht. Ich wünsche mir, dass die Qualität Ihrer Leistung auf diesem hohen Niveau bestehen bleibt und uns, Betroffenen, weiterhin zu Gute kommt.

Mail@thomas-lehn.de