

Interview mit Professor Alain Cribier am 08.09.2021 in Rouen, FR

GEFÜHRT von Dr. Fokko de Haan



Dr. de Haan, Prof. Cribier, Dr. Scherer (von li nach re)
Photo: privat

Um einen der bedeutendsten zeitgenössischen Vertreter der interventionellen Kardiologie zu interviewen, reiste ich mit Dr. H.E. Scherer, einem langjährigen Freund und früheren Schüler von Alain Cribier, nach Rouen in der Normandie, um den renommierten Kardiologen zu besuchen.

Professor Cribier, Sie wurden im Januar 1945 in den letzten Monaten des 2. Weltkrieges geboren – wie waren die Lebensbedingungen in Frankreich? Wie war Ihre Jugend?

Die Lebensumstände waren für mich und meine Familie nicht so schlecht. Meine Eltern waren keine Mediziner, aber es gab Verwandte, und die lenkten frühzeitig mein Interesse auf die Medizin. Seit meinen Kindertagen las ich mit Begeisterung medizinische Bücher.

Im Alter von neun Jahren hatte ich das Glück, während meiner Ferien in Günzbach/ Elsass Dr. Albert Schweitzer kennenzulernen, und er begeisterte mich für die Medizin, aber auch für das Klavierspiel. Das ist bis heute so geblieben!

1. 1968 arbeiteten Sie in der Herzchirurgie in Paris bei Prof. Charles Dubost. Warum wurden Sie kein Herzchirurg?

Ja, es war Zufall, dass ich als „Instrumentalist“ in der Herzchirurgie arbeiten durfte. Aber ich vermisste die Empathie für die Vor- und Nachsorge der Patienten, und daher entschied ich mich für die Kardiologie – insbesondere faszinierte mich die aufstrebende invasive und später interventionelle Kardiologie.

2. *Warum verließen Sie Ihre Geburtsstadt Paris und gingen nach Rouen?*

Zu meiner Enttäuschung wollte meine Frau nicht in der Großstadt Paris leben, und so beschlossen wir, nach Rouen zu gehen – nur 120 km entfernt! Heute bin ich darüber aber sehr froh! Hier trat ich in die Abteilung von Prof. Brice Letac ein, der die kardiologische Klinik an der Charles-Nicolle-Universität leitete. Es passte mir gut, dass er an der invasiven Kardiologie sehr interessiert war – er war einer der Ersten, der diese Disziplin in Frankreich begründete. Er war für mich ein großer Arzt und Lehrer und darüber hinaus aufgeschlossen gegenüber Innovationen und kardiologischer Forschung.

3. *1976 arbeiteten Sie bei Dr. Swan und Dr. Ganz am Cedars Sinai Hospital in Los Angeles. Wie empfanden Sie diese Zeit?*

Ja, Prof. Letac kannte diese beiden, und durch ihn konnte ich dort arbeiten. Als „Erfinder“ des Swan-Ganz-Katheters waren beide Kardiologen für mich hervorragende Lehrer und Mentoren. Noch heute bin ich dankbar für diese Zeit!

4. *Um 1985 begann die Ära der Aortenklappenintervention. Bis zur 1.TAVI-Prozedur 2002 ein langer Weg!*

In den 80-er Jahren war die hochgradige valvuläre Aortenklappenstenose ein oft lebensbedrohlicher Herzfehler, der nur chirurgisch behandelt werden konnte. Ältere Patienten (über 70 Jahre!!) und bedeutsame Komorbiditäten waren in der Regel Ausschlusskriterien für eine OP wegen des enormen Risikos, den Eingriff nicht zu überleben.

So entwickelte ich mit meinem Team die Ballonvalvuloplastie der Aortenklappe und führte diese erstmals im September 1985 durch. Es handelte sich um eine 72-jährige Patientin, hochsymptomatisch und für eine OP zu alt! Mein Chef, Prof. Letac, verbot mir zunächst die Valvuloplastie durchzuführen – das sei viel zu gefährlich. Erst als die Patientin zum 3. Mal hochsymptomatisch aufgenommen werden musste, stimmte er zu. 1986 habe ich diesen Fall mit einem weltweit enormen Echo veröffentlicht!

Wenn es den Patienten nach der Valvuloplastie auch zunächst erheblich besser ging, entwickelte sich doch sehr oft in kurzer Zeit eine bedeutsame Restenose. Da kam mir der Gedanke, die Ballonvalvuloplastie zu kombinieren mit einer Stentimplantation im Aortenring! Niemand konnte sich vorstellen, dass das wegen der Komplikationsmöglichkeiten (z.B. Occlusion der Coronarostien, Verletzung der Mitralklappe, Embolierisiko, mangelhafte Stentfixation etc.) funktionieren könnte.

In den 90-er Jahren führten wir daher Autopsiestudien an Verstorbenen mit hochgradigen Aortenklappenstenosen durch. Mit 23-mm-Palmaz-Schatz-Stents fixierten wir die eingeführte Prothese und waren selbst verblüfft, wie gut das klappte und wie fest die Prothese im Ring saß. Das ermutigte mich/uns natürlich weiterzuarbeiten! Die notwendige Unterstützung durch Firmen blieb mangels Überzeugung für das Konzept aus. So gründete ich zusammen mit Prof. Martin Leon aus den USA und zwei Ingenieuren ein Startup-Unternehmen namens PVT (Percutaneous Valve Technologies). Mit finanzieller Unterstützung durch ein kleines Israelisches Unternehmen gelang es uns, einen Prototyp einer tricuspiden Klappe aus Perikardgewebe in einem 23-mm-Stent zu entwickeln, der dann nach 2-jähriger Testung im Labor und in Tierversuchen reif zum Einsatz am Patienten war.

5. *Am 16.4.2002 führten Sie weltweit die erste TAVI Prozedur durch. Was waren die Schwierigkeiten?*

Zur Aufnahme kam ein 57-jähriger, schwer symptomatischer, multimorbider Patient mit hochgradiger Aortenklappenstenose und einer schweren Einschränkung der linksventrikulären Funktion (EF: 12 %). Eine OP wurde von den Chirurgen wegen des hohen Risikos abgelehnt. Zusätzlich bestand bei dem Patienten eine schwere arterielle Verschlusskrankheit der Beine.

Wir entschlossen uns mangels Alternative zur TAVI, mussten aber über die Femoralvene das Besteck einführen. Nach transseptaler Passage stellten wir im linken Ventrikel noch einen Thrombus fest. Die Situation war bedrohlich, und während eines kurzen Herzstillstandes positionierte ich rasch die Aortenprothese, was – Gott sei Dank – prompt gelang. Innerhalb weniger Sekunden erholte sich der

Patient, der Blutdruck stieg an und echokardiographisch sahen wir eine gut funktionierende Aortenprothese!

Dieses Ergebnis begeisterte die Kardiologen weltweit, und es entstand ein enormes Interesse an der Methode. Bis heute erreichen uns viele Anfragen, um TAVI zu erlernen!

6. *Welche Rolle spielen Untersuchererfahrung und Equipment?*

Aufgrund langjähriger Erfahrung bei der Patientenselektion, aber auch verbesserter Bildgebung und verbessertem Prothesen- und Einführbesteckmaterial hat TAVI diese positive Entwicklung genommen. Über die Femoralarterie wird heute in der Regel mit einem 14 F Katheter begonnen – statt 24 F in der Anfangszeit. Es gibt eine breite Palette an Prothesentypen und -größen. Die Rate ernster Komplikationen beträgt 1-2 %. Ich und mein Team veranstalten regelmäßig Trainingskurse.

7. *Drei Hauptprobleme bei TAVI: bicuspide Aortenklappen, besonders wenn sie verkalkt sind, Randleck (PVL) und die Indikation für einen Herzschrittmacher (SM), oder?*

Nach über 20-jähriger Erfahrung mit TAVI wissen wir, dass die Klappenanatomie keine besonderen Probleme darstellt, außer natürlich bei starker Verkalkung. Die selbstexpandierende Core Valve Prothese führt häufiger zu PVL und SM Abhängigkeit allerdings ist sie bei starker Verkalkung oder kleinem Klappenring zu bevorzugen. Der Zugang zu den Coronarostien ist naturgemäß bei der ballonexpandierenden Edwards Prothese besser gewährleistet.

8. *Welche Patienten sind nicht geeignet für eine TAVI Prozedur?*

2020 wurden in Frankreich 15.000 Patienten, in Deutschland 25.000 Patienten und in den USA 60.000 Patienten mit TAVI versorgt. Insgesamt bisher weltweit mehr als 1,5 Millionen.!

Derzeit sind jüngere Patienten unter 65 bzw. 75 Jahre und Patienten mit stark verkalkten bicuspiden Aortenklappen oder mit abnorm klappennahen Coronarostien nicht geeignete Patienten für ein TAVI, sondern für eine Klappenoperation. Valve-in-valve Prozeduren sind nach TAVI genauso möglich wie nach Bioprothesen-OP.

9. *TAVI oder Chirurgie - wie hoch ist das Risiko für den Patienten?*

In den letzten Jahren hatten wir hier in Rouen 5 bis 15 Prozeduren pro Woche, eine ziemlich sichere Routine: transfemorale Zugang, Lokalanästhesie und keine allgemeine Narkose, kein periprozedurales Echo mehr und arterielles Katheter-verschlussystem. In der Regel werden die Patienten nach ein bis zwei Tagen entlassen. Ein herzchirurgisches Standby wird nicht durchgeführt. Eine Switch TAVI/OP habe ich den all den Jahren ein Mal erlebt.

Die aktuelle Studienlage von Eingriffen bei Hochrisikopatienten bis hin zu Niedrig-risikopatienten hat in den letzten Jahren gezeigt, dass TAVI dem operativen Eingriff nicht unterlegen, ja oft überlegen ist. 2019 wurde das Patientenalter für einen TAVI-Eingriff in den USA auf 65 Jahre gesenkt. In Europa liegt er zurzeit noch bei 75 Jahren.

10. *Wie sieht der Tagesablauf von Prof. Cribier jetzt im Ruhestand aus?*

Mehr als 30 % des Tages verbringe ich hier in Rouen mit Trainingskursen für junge Kardiologen, die die Methode erlernen wollen. Häufig bin ich auf Reisen zu Kongressen oder Workshops. In diesen Zeiten der Coronapandemie auch oft in Webinars.

Täglich spiele ich Klavier – oft mehrere Stunden, wie z.B. Bach, Chopin oder Rachmaninoff etc. Wie schon erwähnt, eigentlich mein ganzes Leben lang! Mit Sport muss ich aufgrund meiner schweren KHK vorsichtig sein. Sie ist aber momentan stabil. Auch wir Kardiologen sind davor nicht bewahrt!

Meine Frau arbeitet als Psychoanalytikerin und unsere beiden Söhne sind kaufmännisch bzw. im IT-Management tätig – keine Mediziner!

Ich danke sehr für das Interview und grüße herzlich alle meine deutschen Kollegen!