



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2009

Sind Stents dem aorto-koronaren Venenbypass unterlegen?

Statement von Prof. Dr. Albert Schömig / München

In der Behandlung der koronaren Herzkrankheit (KHK) kommen medikamentöse und revaskularisierende Maßnahmen zum Einsatz. Eine medikamentöse Therapie und revaskularisierende Strategien schließen sich jedoch in keiner Weise aus, sondern ergänzen sich in sinnvoller Weise, um Patienten ein beschwerdefreies Leben zu ermöglichen und Todesfälle und Myokardinfarkte zu verhindern. Bei den revaskularisierenden Maßnahmen stehen zwei Verfahren zur Verfügung, die miteinander konkurrieren. Sowohl das interventionelle Vorgehen (die perkutane Koronarintervention/PTCA meist mit Implantation eines oder mehrerer Stents) sowie das chirurgische Verfahren (die aortokoronare Bypass-Operation/ACB-OP) sind erprobt und werden seit vielen Jahren in der Behandlung der KHK eingesetzt. Dabei hat insbesondere das interventionelle Verfahren große Fortschritte gemacht. Diese Fortschritte hängen mit der Entwicklung von Gefäßstützen (Stents), der Möglichkeit, diese Stents mit Medikamenten zu beschichten (DES/Drug-eluting Stents) und der Möglichkeit, die ischämischen Komplikationen durch Begleitmedikamente wie ASS und Clopidogrel effektiv zu hemmen, zusammen.



Prof. Dr. Albert Schömig

Wenn man nun die beiden revaskularisierenden Verfahren miteinander vergleicht, sollten insbesondere die Endpunkte Berücksichtigung finden, die für den Patienten klinisch wichtige Folgen beschreiben wie die Mortalität oder das Auftreten eines Myokardinfarkts oder eines Schlaganfalls. In zweiter Linie sollten prozedurale Unterschiede wie die Häufigkeit eines erneuten Eingriffs oder die Länge des Krankenhausaufenthaltes eine Bewertung erfahren. Während es nun

in der Behandlung von Patienten mit akuten ischämischen Erkrankungen (Herzinfarkt), für die eine interventionelle Therapie empfohlen wird, und von Patienten mit schweren Begleiterkrankungen, für die eine Bypass-Operation wegen der Komplikationen nicht infrage kommt, klare Präferenzen gibt, ist für Patienten mit einer stabilen Angina Pectoris und mehreren Engstellen an den Koronargefäßen (sogenannte Drei-Gefäßerkrankung) sowie für Patienten mit einer Hauptstammstenose die Datenlage früherer Studien nicht eindeutig. Deswegen wurde diesen Patienten bis vor wenigen Jahren grundsätzlich die operative Revaskularisation (Bypass-Operation) empfohlen. Aufgrund der Entwicklungen in der interventionellen Therapie der KHK und dem Vorliegen neuer Studien zur Effektivität und Sicherheit moderner Koronarstents (DES) wurde eine neue Studie (SYNTAX-Trial) zum Vergleich der interventionellen Therapie mit der Bypass-Operation bei der Behandlung von Patienten mit koronarer Drei-Gefäßerkrankung oder einer Hauptstammstenose durchgeführt, deren Ergebnisse nun vorliegen.

Die Studie hatte als primären Endpunkt die Kombination von Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall und einer erneuten Revaskularisation innerhalb von zwölf Monaten nach Einschluss in die Studie. Wegen der unterschiedlichen Bedeutung der einzelnen Komponenten dieses kombinierten Endpunkts muss jedoch zwischen den für den Patienten klinisch relevanten Komplikationen wie Tod, Myokardinfarkt und Schlaganfall und den klinisch weniger relevanten Ereignissen wie einer erneuten Revaskularisation unterschieden werden. Dabei müssen selbstverständlich Komplikationen, die mit einer erneuten Revaskularisation einhergehen sollten, als klinisch relevante Komplikationen gewertet werden. Berücksichtigt man nun die harten, klinisch relevanten Endpunkte (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall), so waren die Ereignisraten nahezu identisch (PCI: 7,6 %, ACB-OP: 7,7 %). Dabei war nur die Anzahl der Schlaganfälle signifikant unterschiedlich, die in der Gruppe der bypassoperierten Patienten mit einer Häufigkeit von 2,2 Prozent im Gegensatz zu 0,6 Prozent in der Gruppe der interventionell behandelten Patienten deutlich erhöht war. Signifikant unterschiedlich waren allerdings auch erneute Revaskularisationseingriffe (PCI: 13,7 %, ACB-OP: 5,9 %), so dass in der Interpretation der Ergebnisse nicht eine pauschale Überlegenheit oder Unterlegenheit eines der beiden Verfahren festgestellt werden sollte.

Vielmehr sollte in der Beratung eines Patienten, der eine koronare Drei-Gefäßerkrankung oder eine Hauptstammstenose hat, das Ergebnis der SYNTAX-Studie differenziert dargestellt werden:

- 1) Bei beiden Verfahren ist das Risiko, innerhalb von zwölf Monaten einen Myokardinfarkt zu erleiden oder zu versterben, gleich hoch.
- 2) Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ist bei einer Bypass-Operation signifikant erhöht.
- 3) Falls sich der Patient zu einer interventionellen Behandlung entscheidet, muss er mit einer höheren Rate eines interventionellen Zweiteingriffs rechnen, da die Rate an Revaskularisationen bei der interventionellen Behandlung signifikant erhöht ist.

Von besonderem Interesse war die Untergruppe von Patienten mit einer Hauptstammstenose, die ein Drittel der Patienten im SYNTAX-Trial ausgemacht hat. Diese Gruppe von Patienten ist deswegen von besonderem Interesse, da bei diesen Patienten die Behandlung mit einem Koronarstent bis vor kurzem von den Fachgesellschaften sehr kritisch beurteilt wurde. Allerdings könnten sich gerade

bei diesen Patienten die Vorteile der interventionellen Therapie mit der Möglichkeit der Verwendung Medikamenten-beschichteter Stents auswirken. Die Ergebnisse der SYNTAX-Studie lassen nun auch für diese Patientengruppe eine differenzierte Analyse zu. Analog zu den Patienten mit Drei-Gefäßerkrankung war bei den Patienten mit Hauptstammstenose die Häufigkeit von Tod und Myokardinfarkt in den beiden Studiengruppen nicht unterschiedlich. Erneut signifikant unterschiedlich mit fast identischen Ereignisraten war die Häufigkeit von Schlaganfällen (2,7 % vs. 0,3 %). Auch die Häufigkeiten erneuter Eingriffe (Revaskularisationen) war bei den Patienten mit Hauptstammstenose ähnlich wie bei den Patienten mit Drei-Gefäßerkrankung. Die Daten der SYNTAX-Studie lassen nun eine differenzierte Aufklärung von Patienten mit einer Hauptstammstenose zu. Ihnen kann man die Ergebnisse einfach erklären: Behandelt man 500 dieser Patienten mit einer Bypass-Operation anstatt mit einer interventionellen Therapie, erspart man 13 Patienten von ihnen einen erneuten Eingriff. Dafür erleiden fünf Patienten mehr einen Schlaganfall. Unsere Patienten haben die Wahl.

Kontakt:

Prof. Dr. Albert Schömig
Deutsches Herzzentrum München
Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen
Lazarettstr. 36
80636 München
Tel.: 089 1218-4073
Fax: 089 1218-4013
E-Mail: aschoemig@dhm.mhn.de

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 7000 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.