

## Stabile KHK-Patienten

# Mehr Schaden als Nutzen vom Herzkatheter?

Bei stabiler Angina pectoris werden zu viele Herzkatheter indiziert, zu unkritisch Gefäßstützen eingesetzt und dadurch unnötige iatrogene Komplikationen verursacht – mit diesem Kommentar sorgte der kanadische Kardiologe Prof. Dr. Salim Yusuf für den Paukenschlag auf dem Weltkongress der Kardiologie. Soeben hatten Metaanalysen erstmals Hinweise gegeben, dass moderne, beschichtete Gefäßstützen zu späten Infarkten und mehr Todesfällen führen könnten als herkömmliche Stents. Jetzt stellt sich die Frage: Soll man stabile KHK-Patienten besser länger konservativ behandeln?

— Vor 77 Jahren schob sich der damals 25-jährige deutsche Arzt Werner Forßmann im Selbstversuch den ersten Herzkatheter, vor 50 Jahren erhielt er dafür den Nobelpreis. Vor 29 Jahren gelang es dem jungen Arzt Andreas Grüntzig in Zürich erstmals, mittels Ballondilatation eine Koronarstenose zu dilatieren.

Seither haben perkutane Kathetereingriffe an den Herzkranzgefäßen mittels Ballondilatation (PTCA) die Behandlung von Herzpatienten revolutioniert, mithilfe von Gefäßstützen aus Metall (Stents) konnte die primäre Erfolgsrate des Eingriffs erheblich verbessert werden. Allerdings verengten sich bei Stents früherer Generationen die Gefäße bei 30–40% der Patienten erneut innerhalb von sechs Monaten durch die Proliferation glatter Muskelzellen, sodass häufig Folgeeingriffe nötig waren. Um dieses Problem zu lösen, wurden medikamentenbeschichtete Stents (z. B. Sirolimus, Paclitaxel) entwickelt, die die Restenoserate auf 7–9% senken.

### Mehr Herzinfarkte ...

Diese sog. Drug-eluting Stents (DES) bringen aber andere Probleme mit sich: Zum einen sind sie um ein Vielfaches teurer als normale Gefäßstützen aus Metall. Zum anderen werden nicht nur die glatten Muskelzellen am Wachstum gehindert. Es dauert auch länger, bis sich

die Gefäßwand wieder mit Epithelzellen auskleidet. Die längere Wunde zum Gefäßlumen hin macht eine längere Behandlung mit ASS plus Clopidogrel notwendig. Außerdem besteht die theoretische Gefahr späterer Stentthrombosen mit komplettem Gefäßverschluss. Solche wurden bisher aber nicht beobachtet.

### — Teure Stents werden sparsam eingesetzt, aber ...

## Nirgends wird so viel kathetert wie hierzulande

Weltweit wurden bis heute sechs Millionen Patienten mit medikamentenbeschichteten Stents versorgt. In den USA und in der Schweiz werden in 80% aller Fälle die teuren Stents verwendet. In Deutschland liegt die Rate deutlich niedriger, aber: Nirgendwo werden pro Kopf der Bevölkerung so viele Herzkathetereingriffe durchgeführt wie bei uns. Der letzte Brucknerberger Herzbericht weist für das Jahr 2004 aus:

— **600 Herzkatheter-Messplätze in Deutschland**

- **715 000 Herzkatheter-Untersuchungen**
- **250 000 PTCA's**
- **203 000 implantierte Stents.**

Es ist kein Geheimnis, dass das Geschäftsmodell in der interventionellen Kardiologie darauf beruht, möglichst viele Patienten zu kathetern. Die dabei gewonnene Expertise kommt sicherlich den Patienten mit akuten Koronarsyndromen zugute. Die Vermutung liegt allerdings nahe, dass auch in Deutschland die Indikation nicht immer kritisch gestellt wird.



### ... durch späte Thrombosen beschichteter Stents

Nun aber doch. Zwei Schweizer Arbeitsgruppen aus Genf und Basel legten mit unterschiedlichen Methoden durchgeführte Metaanalysen von Studien vor, die mit den beschichteten Stents der ersten Generation (Cypher-Stent von Cordis/J&J sowie Taxus-

Stent von Boston Scientific) durchgeführt worden waren. Die eine Arbeitsgruppe (Camenzind et al.) fand ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkte und Todesfälle beim Cypher-Stent und im Trend auch beim Taxus-Stent im Vergleich zu unbeschichteten Stents. Die zweite Arbeitsgruppe (Nordmann et al.) beschreibt hingegen eine Erhö-

hung der nicht-kardialen Sterblichkeit nach Einsatz von Cypher-Stents im Vergleich zu herkömmlichen Stents. In beiden Fällen stieg das Risiko erst ein Jahr nach dem Eingriff an.

Ein drittes Autorenteam (Wenawer et al.) berichtet über 152 Stent-Thrombosen unter 8146 mit DES behandelten Patienten und gibt die Inzi- ▶

## Herzkatheter bei Angina pectoris

# Müssen wir die Indikation strenger stellen?



**Prof. Dr. Sigmund Silber, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergel. Kardiologen (BNK), München**

— Die Frage lautet: Was ist unser Ziel? Wollen wir nur, dass die Patienten länger leben, oder dürfen sie auch besser leben? Wenn wir nur die Mortalität als Kriterium gelten lassen, dann müssten wir die Indikation kritischer stellen als bisher. Denn die PTCA mit Stentimplantation verlängert das Leben bei akutem Infarkt mit oder ohne ST-Hebung, nicht aber bei stabiler Angina.

### Aufs Skifahren verzichten?

Was sage ich einem körperlich aktiven Patienten, der skifahren will? „Damit ist jetzt Schluss, Sie müssen jetzt Tabletten schlucken.“ Oder aber ich beseitige die Stenose, baue einen Stent ein, und der Patient kann weiter skifahren und muss weniger Tabletten einnehmen. Das ist Lebensqualität.

Aus diesem Grund bin ich bei Patienten mit klassischer Angina pectoris eher großzügig mit der Indikation zum Herzkatheter. Ich behandle meine Patienten genauso, wie ich selbst behandelt werden möchte. Bei einer typischen Angina will ich kathetert werden und wissen, was los ist. Die Alternative wäre, die gesamte nicht-invasive Diagnostik voranzustellen. Da aber die Symptomatik bei vielen Patienten progredient ist, landen sie doch früher oder später auf dem Kathetertisch. Es ist gesichert, dass Drug-eluting Stents die Lebensqualität verbessern, weil sie zu weniger Restenosen führen. Die späten Stentthrombosen sind schon länger bekannt. Neu ist der Befund, dass beim Cypher-Stent die Mortalität signifikant ansteigt. Eine Hauptursache liegt vermutlich darin, dass Clopidogrel hier nur zwei bis drei Monate gegeben wurde. Ich denke, dass ca. 60% aller Patienten einen beschichteten Stent bekommen würden, wenn wir ihn leitliniengemäß in kleineren Gefäßen und in längeren Stenosen einsetzen. Hier ist die Kosten-Nutzen-Analyse positiv. Clopidogrel geben wir bei normalen Stents drei bis vier Wochen, bei Medikamenten freisetzenden Stents in „einfachen“ Stenosen nach Leitlinie sechs Monate, bei komplexen Stenosen mindestens ein Jahr. ■



**Prof. Dr. Klaus von Olshausen, LBK Hamburg Altona**

— Unbedingt. In Deutschland werden zu viele Herzkatheter-Untersuchungen gemacht. Das lässt sich daran festmachen, dass wir eine deutlich höhere PTCA-Rate haben als andere europäische Länder, die medizinisch nicht schlechter sind. Ein Beispiel sind z. B. die 6-Monats-Kontrollen nach PTCA bei beschwerdefreien Patienten: Sie sind sinnlos, nicht evidenzbasiert, werden aber immer noch gemacht.

Bei Patienten mit stabiler Angina pectoris, d. h. im Stadium CCS 2, gibt es keinen evidenzbasierten Hintergrund, dass wir ihn dilatieren müssen. Der Patient hat keinen prognostischen Vorteil, wenn wir eine höhergradige Stenose präventiv beseitigen.

### Cello statt Tennis

Solche Patienten gehören in die Hand des niedergelassenen Arztes. Die konservative Therapie muss ausgereizt werden. Erst wenn sich etwas ändert, wenn der Patient die Treppen auf einmal schlechter hochkommt, es auf dem Fahrrad schlechter geht, dann muss er sofort zum Kardiologen. Eine Indikation für eine PTCA sehen wir bei stabilen Patienten nur in wenigen Fällen. Dies sind Patienten, die z. B. Tennis spielen und in ihrer Leistung durch Angina-Schmerzen limitiert werden. Wenn hier eine Einschränkung der Lebensqualität und der ausdrückliche Wunsch des Patienten besteht, die Symptome zu beseitigen, dann dilatieren wir. Wenn der Patient ohne Probleme das Tennis aufgeben kann und lieber Cello spielt, dann dilatieren wir nicht. Was die mit Medikamenten beschichteten Stents betrifft, so ist die Indikation kritisch zu stellen. Ich glaube nicht, dass wir sie bei jedem zweiten Patienten brauchen. Wir nehmen sie höchstens in jedem vierten oder fünften Fall. Die Nachbehandlung muss konsequent sein: ASS lebenslang, Clopidogrel für vier Wochen bei normalen Stents, aus Sicherheitsgründen für neun bis zwölf Monate bei beschichteten Stents. ■

denz mit 0,6% pro Jahr an. Ein viertes Autorenteam um D. Bhatt et al. von der Cleveland Clinic Foundation bezifert nach Analyse eigener Daten die Häufigkeit der Stent-Thrombosen mit 5 pro 1000. Das absolute Risiko ist damit gering, das relative Risiko im Vergleich zu normalen Stents ist aber um den Faktor 5 erhöht. Die mediane Zeit bis zum Auftreten der Thrombosen bei DES gibt Bhatt mit 18 Monaten an, d. h. die Hälfte der Thrombosen ereignet sich noch später. Diese beiden Autorentengruppen zeigen auf, dass die Rate der Stent-Verschlüsse zunimmt, wenn die doppelte Plättcheninhibition mit ASS plus Clopidogrel abgesetzt wird.

### Herzkatheter-Epidemie ein „Wahnsinn“

Im Anschluss an diese Datenpräsentation ging der von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie berufene Kommentar von Prof. Salim Yusuf (McMaster-Universität, Hamilton/Kanada) mit den interventionellen Kardiologen hart ins Gericht: Der Missbrauch des Herzkatheters bei stabiler KHK generell und der medikamenten-beschichteten Stents sei ein „epidemischer Wahnsinn“. Yusuf erinnerte daran, dass der Eingriff bei stabilen Patienten nur die Symptome, nicht aber die Prognose verbessert. Unterstützt von falschen finanziellen Anreizen wird hier eine therapeutische Kaskade in Gang gesetzt, wobei eine Maßnahme nach der anderen oft nur dazu dient, die iatrogenen Komplikationen der vorangegangenen Maßnahme zu verhüten. Ehrgeizige Interventionalisten leiden laut Yusuf offenbar an einem „Tarzan-Komplex“: Sie meinen, stabile KHK-Patienten mit einer Methode retten zu müssen, deren Langzeitsicherheit wir nicht kennen. Seine Botschaften:

- 1 Bei stabiler KHK muss die medikamentöse Therapie ausgereizt werden.
- 2 Wer auf Medikamente anspricht, benötigt keine PTCA.
- 3 Die Sicherheit der DES muss weiter untersucht werden.

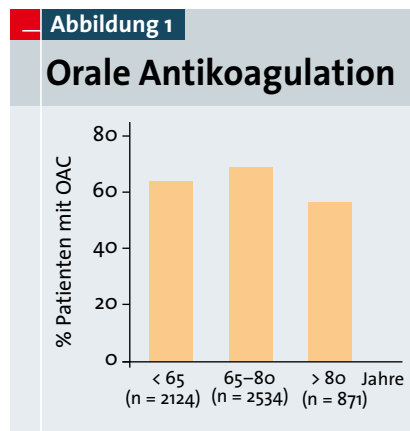
DR. MED. DIRK EINECKE ■

■ Weltherzkongress, Barcelona, 2.–6. September 2006

## Alter Patient mit Vorhofflimmern

# Zögern Sie auch, Antikoagulanzen einzusetzen?

— Alte Patienten mit Vorhofflimmern werden häufig inadäquat behandelt – aus Angst vor Blutungskomplikationen. Dies zeigt eine Studie des „Euro Heart Survey“ von 5333 Patienten mit Vorhofflimmern. Obwohl die Älteren ein deutlich höheres Schlaganfallrisiko aufweisen, erhalten sie seltener Antikoagulanzen als jüngere Patienten. Wenn die Rhythmusstörung Beschwerden bereitet, wird seltener eine rhythmuskontrollierende Behandlung eingeleitet, berichtete Prof. R. Nieuwlaet, Maastricht.



Mit dem Alter steigt das Apoplexrisiko, aber nicht die Antikoagulationsrate.

Hübsch ist die Alterseinteilung in

- a) jüngere Patienten unter 65
- b) Patienten mittleren Alters zwischen 65 und 80
- c) ältere Patienten über 80.

Von den sog. älteren Patienten werden 55% antikoaguliert (Abb. 1). Legt man die Leitlinien zur Therapie des Vorhofflimmerns zugrunde, müssten aber fast 100% orale Antikoagulanzen erhalten, so Nieuwlaet. Zwar nimmt mit dem Alter das Risiko für Blutungen zu, aber die gefürchteten intrakraniellen Blutungen sind auch bei über 80-Jährigen selten (Inzidenz in der Studie: 0,3%). „Das Risiko für Schlaganfälle ohne Behandlung ist sehr viel höher“, betonte Nieuwlaet. Voraussetzung für ein optimales Nutzen-Risiko-Verhältnis ist, dass eine INR von 2–3 eingehalten wird (bei Klappenerkrankungen: INR 3–4).

### Übertherapie bei Jüngeren

Nicht bei allen Patienten wird gleichermaßen zurückhaltend antikoaguliert: Bei den unter 65-Jährigen werden laut Nieuwlaet häufig auch bei geringem Schlaganfallrisiko orale Antikoagulanzen verordnet. Damit werden die Patienten einem zwar geringen, aber unnötigen Blutungsrisiko ausgesetzt. DE/BS ■

## Neue Leitlinien zum Vorhofflimmern

### Wann muss antikoaguliert werden?

Nach den Leitlinien zum Vorhofflimmern, die die europäische und die amerikanischen kardiologischen Gesellschaften im August veröffentlicht haben, soll sich die Wahl des Antithrombotikums nach der Höhe des Schlaganfallrisikos richten:

Patienten ohne zusätzliche Risikofaktoren	ASS (81–325 mg)
Patienten mit einem mittleren Risikofaktor (Alter über 75, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, linksventrikuläre Funktion, Diabetes)	ASS oder orale Antikoagulation
Patienten mit einem hohen Risikofaktor (früherer Schlaganfall, TIA, systemische Embolie oder künstliche Herzklappe) oder mind. zwei mittleren Risikofaktoren	orale Antikoagulation