



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 04/2006

Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische KHK: Koronare Herzkrankheit – Stellenwert der chirurgischen Therapie („Bypass-Operation“)

Statement von Prof. Dr. Arno Krian / Duisburg

Die Frage, welches Therapieverfahren für den individuellen Patienten mit isolierter koronarer Herzkrankheit (KHK) das „richtige“ (optimale?) darstellt, nämlich

die medikamentöse Behandlung,

die interventionelle (PCI) durch den Kardiologen oder

die herzchirurgische Bypass-Operation

wird an unterschiedlichen Stellen und zu unterschiedlichen Gelegenheiten kontrovers beantwortet.

Dies überrascht und muss mit Irritation registriert werden, weil bezüglich dieser Erkrankung jahrzehntelange Erfahrungen mit allen Verfahren bestehen und eine Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien (RCT) vorliegt ebenso wie entsprechende Leitlinien.



Prof. Dr. Arno Krian

Wo liegen dann die Probleme, die daraus entstehen, dass einerseits die interventionelle Therapie als „das Verfahren der Wahl“ bezeichnet und die Bypass-Chirurgie in Frage gestellt wird – und im Gegensatz dazu Daten vorliegen, die eine Überlegenheit der Bypass-Chirurgie demonstrieren? In bewusster Anlehnung an das Editorial von Prof. Dr. Erland Erdmann in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Heft 14, 2006) zu dieser Jahrestagung

der DGK, das „sich der kritischen Diskussion des Fortschritts“ widmet, können die nachfolgenden Problemkreise benannt werden:

Der stetige Fortschritt

Er betrifft erfreulicherweise alle drei Therapieverfahren – erschwert aber gleichzeitig eine stets allgemeingültige, alle Ausprägungen der Krankheit betreffende Aussage.

Die „Beschränktheit“ randomisierter kontrollierter Studien (RCT)

Mehrere Analysen der bisher publizierten randomisierten kontrollierten Studien zum Stellenwert der PCI, die eine „Überlegenheit“ dieser Therapie gegenüber der chirurgischen belegen, erfassen nur circa drei bis fünf Prozent der Patienten mit KHK: Sie betreffen – aus sehr gut nachvollziehbaren, zum Beispiel ethischen Gründen – die eher „leichtere“ Form (Ein- bis Zweigefäßerkrankung) und schließen per Studien-Design die schwerer erkrankten Patienten (Dreigefäßerkrankung, Hauptstammstenose, eingeschränkte Pumpfunktion des Herzens) aus.

Daher ist die Frage berechtigt – und sie muss streng genommen verneint werden – ob es wissenschaftlich korrekt ist, die Therapieergebnisse an fünf Prozent der Patienten mit leichterer Ausprägung der KHK auf die 95 Prozent zu übertragen, die in der Regel schwerer erkrankt sind.

Als Beispiele für die Analyse dieser Probleme seien angeführt: Brett, W. et al., *Cardiac Surgery Today*, 2005; 2: 43-55, Taggart, D.: 42nd STS Annual Meeting, 2006: www.ismpodcasts.com/sts2006.

Beide Autoren analysieren jeweils circa 15 Studien (RCT) und kommen zu dem Ergebnis, dass die Bypass-Chirurgie der interventionellen Behandlung für die Mehrzahl der Patienten überlegen ist, dies bezogen auf die Punkte Häufigkeit erneuter Interventionen, Lebensqualität und Sterblichkeit.

Retrospektive Analysen (Register usw.)

Die retrospektive Analyse von Behandlungsergebnissen wird aus wissenschaftlicher Sicht vor allem deswegen kritisch beurteilt, weil sie häufig nicht den aktuellen Stand der Medizin aufgrund der bereits erwähnten stetigen Fortschritte widerspiegelt.

Andererseits haben diese Daten zwei wesentliche Vorzüge: Sie umfassen in der Regel alle behandelten Patienten eines Zeitraumes, und sie ermöglichen die Beurteilung des Langzeitverlaufs: Damit sollen sie die „Realität“ des klinischen Alltags oder auch „die wirkliche Welt“ besser reflektieren.

Die wesentlichen Resultate aus zwei beispielhaft zitierten Studien (Brener et al., *Circulation* 2004; 109: 2290-5, betreffend circa 6000 Patienten und Hannan et al., *N Engl J Med* 2005; 352: 2174-83, betreffend circa 60.000 Patienten) zeigen eine Überlegenheit der Bypass-Chirurgie für alle Patientengruppen vor allem hinsichtlich der Sterblichkeit.

Ganz konkret bedeuten die bisher angeführten Daten, dass derzeit eine Gleichwertigkeit der interventionellen Therapie (PCI) nur für Ein- bis Zweigefäßerkrankung ohne Stammstenose und ohne Beteiligung der proximalen LAD eines besonders wichtigen Koronargefäßes festzustellen ist.

Demgegenüber scheint die Koronarchirurgie in der Behandlung von Patienten mit Dreifäßerkrankung, Hauptstammstenose und/oder proximaler LAD-Beteiligung hinsichtlich der Prognose überlegen zu sein.

Hier sei auf die Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) hingewiesen, die seit Jahren eine gleichbleibend niedrige Letalität der isolierten KHK belegt, trotz stetiger Zunahme des Schweregrades der Erkrankung.

Wie kann die Lösung der dargelegten Probleme aussehen? Womit ist dem Patienten aus heutiger Sicht gedient?

Dazu werden die nachfolgend genannten Schritte bereits erfolgreich vollzogen: Intensivierung des Zieles, sehr aktuelle, prospektive, randomisierte kontrollierte Studien durchzuführen, die alle Risikogruppen mit KHK umfassen. (Beispiel: Syntax-Studie).

Intensive Pro-Contra-Diskussion: Sehr erfolgreich praktiziert während der letzten Jahrestagungen beider Fachgesellschaften DGK und DGTHG (Hamburg 2004, Dresden 2005, Hamburg 2006).

Leitlinien: Hier sei beispielhaft das gemeinsame Erarbeiten der „nationalen Versorgungsleitlinie KHK“ durch fünf Fachgesellschaften genannt, verabschiedet im Februar 2006 und allgemein zugänglich.

Fazit:

Die optimale Therapie der koronaren Herzkrankheit kann auf einer weitestgehend wissenschaftlich gesicherten Basis erfolgen. Ihre praktische Umsetzung für den individuellen Patienten sollte und kann interdisziplinär im Sinne „komplementärer Therapieverfahren“ erfolgen, ideal zum Beispiel im Rahmen von „Fall-Konferenzen“.