

News aus San Diego:

ACC-Kongress 2015



KHK-Verdacht abklären

Welche Vorteile bringt die CT-Angiographie?

Bei Patienten mit Beschwerden, die auf eine KHK schliessen lassen und eine nicht invasive Diagnostik erfordern, scheint die CT-Angiographie gegenüber konventioneller Funktionsdiagnostik nicht zweifelsfrei überlegen, so das Ergebnis von zwei Studien, die beim ACC 2015 vorgestellt wurden.

Die Abklärung eines KHK-Verdachts ist eine häufige Herausforderung in der klinischen Praxis. Bei mittlerer Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer Herzkrankheit werden in der Regel zunächst nicht invasive Funktionstests wie das Belastungs-EKG, die Stress-Echokardiographie oder nuklearmedizinische Untersuchungen angewendet. So empfiehlt es auch die ESC.

Eine moderne Alternative dazu ist die ebenfalls nicht invasive koronare CT-Angiographie, die einen präzisen Einblick in die Koronar Anatomie ermöglicht und im Vergleich zur üblichen Funktionsdiagnostik das Potenzial hat, genauer zwischen herzkrank und herzgesund zu unterscheiden und auf diese Weise unnötige und teure invasive Koronardiagnostik zu vermeiden.

PROMISE-Studie

Ob dies tatsächlich der Fall ist, wurde nun in zwei grossen Studien untersucht. In die US-amerikanische PROMISE-Studie (Prospective Multicenter Imaging Study for Evaluation of Chest Pain) waren 10 000 Patienten mit einer mittleren KHK-Vortestwahrscheinlichkeit von 53% eingeschlossen worden. Die Hälfte der Patienten wurde mit CT-Angiographie untersucht. In der Kontrollgruppe wurden die Szintigraphie (67%), das Stress-Echo (23%) oder das Belastungs-EKG (10%) angewandt.

Tod, Herzinfarkt, instabile KHK mit Spitaleinweisung oder Komplikationen bei der Untersuchung (in Kombination war dies der primäre Endpunkt) erlitten 3,3% der Patienten in der CT-Angiographie-Gruppe sowie 3,0% der Patienten in der Kontrollgruppe. Somit wird deutlich: Die Prognose dieser Patienten ist gut und kann durch die Anwendung der CT-Angiographie nicht weiter verbessert werden.

Patienten der CT-Angiographie-Gruppe wurden häufiger im Anschluss mit dem Herzkatheter abgeklärt (12,2% vs. 8,1%). Auch die Anzahl der revaskularisierenden Eingriffe war mit 311 vs. 158 höher. Doch dies hatte keinen positiven Einfluss auf die Prognose. Auch die Strahlenexposition war höher, und dies obgleich in der Kontrollgruppe ungewöhnlich häufig die Szintigraphie durchgeführt wurde. Letztlich war die CT-Angiographie auch teurer. Fazit

der Autoren: Die CT-Angiographie ist der konventionellen Abklärung nicht überlegen, kann aber bei geeigneten Patienten eine Alternative sein.

SCOT-HEART-Studie

Die zweite Studie zu dieser Thematik war die randomisierte SCOT-HEART-Studie, deren Ergebnisse ebenfalls im Rahmen einer LATE-BREAKING-CLINICAL-TRIALS-Sitzung auf der Jahrestagung des American College of Cardiology vorgestellt wurden. Die Studie war mit 4146 Patienten aus schottischen Brustschmerz-Zentren kleiner und pragmatischer.

Die Patienten wurden zunächst klinisch untersucht und dann entweder mit der CT-Angiographie oder mit Funktionstests weiter abgeklärt, wobei hier überwiegend das Stress-Echo eingesetzt wurde.

Die Autoren berichteten, dass durch die CT-Angiographie 25% der klinischen Diagnosen korrigiert wurden, nach den Funktionstests aber nur 1%. Die diagnostische Sicherheit erhöhte sich um den Faktor 1,8. Durch das CT-Angiogramm wurden mehr falsch positive klinische Diagnosen korrigiert als klinisch übersehene KHK-Fälle erhärtet. Bei 23% der Patienten wurde nach dem CT die Therapie verändert, nach dem Echo nur bei 5%.

Diese Veränderungen zahlten sich für den Patienten prognostisch aus, nicht jedoch symptomatisch. In Bezug auf die Häufigkeit pektanginöser Beschwerden unterschieden sich die Patienten in den ersten sechs Wochen nicht zwischen den beiden Gruppen. Kardiovaskuläre Komplikationen schienen in der CT-Angiographie-Gruppe innerhalb von 1,7 Jahren Follow-up seltener: 26 vs. 42 Patienten erlitten kardiovaskuläre Todesfälle oder nicht-tödliche Herzinfarkte. Der Unterschied verfehlte knapp die statistische Signifikanz.

Nicht der erhoffte Fortschritt

Als Bilanz aus beiden Studien bleibt festzuhalten, dass sich die Hoffnungen, mit präziserer Diagnostik besser tatsächliche KHK-Patienten herauszufiltern, diese frühzeitig zu behandeln und damit insgesamt die Prognose der Patienten zu verbessern, nicht erfüllt haben.

▼ WFR

Quellen: Jahrestagung des American College of Cardiology, San Diego, März 2015; P.S. Douglas, et al.; Outcomes of Anatomical versus Functional Testing for Coronary Artery Disease. N Engl J Med 2015; 372: 1291-300

Mehrfäß-KHK

Auch mit modernen Stents überflügelt die PCI den Bypass nicht

Bei KHK-Patienten mit Mehrgefäßerkrankung bietet der chirurgische Bypass auch dann eine bessere Prognose im Vergleich zu einer interventionellen Therapie, wenn interventionell moderne Stents verwendet werden.

Wem gehört der Multivessel-KHK-Patient? Diese Frage bewegt die Kardiologie und die Kardiochirurgie seit einiger Zeit. Richtig ist: Der Kardiologe kann die angenehmere und akut ungefährlichere Therapie bieten, die den Brustkorb unversehrt lässt.

Allerdings haben mehrere Studien der letzten Jahre gezeigt, dass der Kardiochirurg langfristig die bessere Prognose zu bieten hat. Wichtig in diesem Zusammenhang war v.a. die Syntax-Studie, für die 5-Jahres-Ergebnisse vorliegen. Die Studie ist so bedeutsam, dass sie namensgebend für den sog. Syntax-Score ist. Mit diesem wird beurteilt, wie komplex die koronare Situation ist. Weniger komplexe Läsionen gelten als Kandidat für die PCI; komplexe Läsionen sind mit einem Bypass besser versorgt.

BEST-Studie aus Fernost

Ein Nachteil bisheriger Studien besteht darin, dass in der PCI-Gruppe ältere Stents verwendet wurden. Würden sich neuere Stents besser schlagen gegen die Bypasschirurgie? Diese Frage beantworten nun zwei Studien, die den Everolimus-Stent (DES der 2. Generation) verwendet haben, die beide im New England Journal of Medicine publiziert wurden. Eine der Studien, die BEST-Studie, wurde von Dr. Seung-Jung Park aus Seoul in Südkorea beim ACC-Jahreskongress 2015 in San Diego vorgestellt.

In der Studie waren Bypass und PCI bei 888 Patienten verglichen worden, die Nachbeobachtungszeit betrug 4,6 Jahre. Tod, Infarkt oder erneute Revaskularisation hatten bis zu diesem Zeitpunkt 10,6% der Bypass-Patienten und 15,3% der PCI-Patienten erlitten, ein signifikanter Vorteil für die Chirurgie. Damit konnte der Everolimus-Stent in der PCI dem Bypass eine Nicht-Unterlegenheit nicht beweisen.

Die zweite Studie war eine Registerstudie aus New York. Hier waren je 9223 Bypass- und Everolimus-PCI-Patienten miteinander verglichen worden. Das Follow-up betrug im Median 2,9 Jahre. Die Mortalität war in beiden Gruppen gleich (2,9% Bypass und 3,1% PCI). Die PCI ging mit einer höheren Infarktrate (1,9% vs. 1,1%) und mit mehr erneuten revaskularisierenden Eingriffen einher (7,2% vs. 3,1%) als der Bypass. Letzterer hatte etwas häufiger einen Schlaganfall zur Folge (1% vs. 0,7%).

Letztlich weisen beide Studien Schwächen auf, die aus den USA war retrospektiv und die aus Asien war klein. Dennoch bleibt aufgrund der vorliegenden Daten festzuhalten, dass die Bypass-Chirurgie bei Mehrgefäßerkrankung und komplexen Läsionen die Pole-Position weiter behält.

▼ WFR

Quelle: Jahrestagung des American College of Cardiology, San Diego, März 2015; S.J. Park, et al.; N Engl J Med 2015; 372: 1204-12; S. Bangalore, et al.; N Engl J Med 2015; 372: 1213-22

Nach Herzinfarkt

Langfristige duale Plättchenhemmung wirksam, aber mit Nebenwirkungen verbunden

Wenn Herzinfarkt-Patienten über das erste Jahr hinaus mit Ticagrelor und ASS zwei Plättchenhemmer einnehmen, reduziert dies kardiovaskuläre Ereignisse, erhöht aber das Blutungsrisiko.

Nach Herzinfarkt wird in der Regel eine duale Plättchenhemmung über 12 Monate empfohlen. Ob es sinnvoll ist, die Therapie noch länger fortzuführen, überprüften die Autoren der sog. PEGASUS-TIMI-54-Studie. 21 162 Infarktpatienten, deren Infarkt 1-3 Jahre zurücklag, wurden entweder mit ASS allein oder mit ASS plus Ticagrelor (60 oder 90 mg/2xd) behandelt und im Schnitt 33 Monate lang nachverfolgt.

Der Primäre Endpunkt, die Kombination aus kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall, trat innerhalb von drei Jahren bei 7,85% bzw. 7,77% in den Ticagrelor-Gruppen sowie

bei 9,04% der Patienten der Kontrollgruppe auf. Der Vorteil für den Plättchenfunktionshemmer war hochsignifikant.

Auf der anderen Seite traten schwere Blutungen unter Ticagrelor mit 2,6% (90 mg) bzw. 2,3% (60 mg) häufiger auf als in der Kontrollgruppe (1,06%). Keine Unterschiede offenbarten sich bei intrakraniellen oder tödlichen Blutungen, berichtete Studienautor Marc Sabatine, Brigham and Women's Hospital in Boston, bei einer Late-Breaking-Clinical-Trial-Session auf der Jahrestagung des American College of Cardiology. Fazit: Für eine längere duale Plättchenhemmung bedarf es einer individuellen Risikoabwägung. Wenn, dann sollte nach einem Jahr mit 2x60 mg/d Ticagrelor weiterbehandelt werden.

▼ WFR

Quelle: Jahrestagung des American College of Cardiology, San Diego, März 2015; M.P. Bonaca, et al.; Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction. N Engl J Med 2015; doi: 10.1056/NEJMoa1500857