

Das Pendel schlägt zurück

Ist der radiale Zugang für koronare Interventionen doch besser als der femorale?

Der optimale Zugang für koronare Interventionen (PCI) anlässlich eines akuten koronaren Syndroms (ACS) ist umstritten. Um Evidenz zu schaffen wurden die Resultate von qualitativ hochstehenden randomisierten Studien, welche den klinischen Verlauf nach radialem und femoralem Zugang für invasive Behandlungen des ACS verglichen, einer Meta-Analyse unterzogen. Zwei Forscher wählten 4 von 17 Studien mit der höchsten Qualität und analysierten die Daten von 17 133 Patienten.

Der radiale war gegenüber dem femoralen Zugang mit einer um 27% reduzierten Mortalität (relatives Risiko RR 0.73 [0.59–0.9, $p=0.003$]) assoziiert, einer Reduktion von schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignissen von 14% (RR 0.86 [0.75–0.98, $p=0.025$]) und von Blutungen um 43% (RR 0.57 [0.37–0.88, $p=0.011$]). Die

radiale Prozedur dauerte im Schnitt 11 Minuten länger und machte in 6.3 vs. 1.7% einen Wechsel des Zugangs nötig.

Zusammenfassend konnte nachgewiesen werden, dass der radiale Zugang bei der PCI anlässlich eines ACS die Mortalität, die Anzahl relevanter kardiovaskulärer Ereignisse und Blutungen reduziert. Im zugehörigen Editorial wird der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass diese Studie vor allem amerikanische Kardiologen bewegen soll, diesen komplikationsärmeren Zugang, der sich in Europa, Asien und Kanada bereits grösserer Beliebtheit erfreut, vermehrt anzuwenden.

▼ WFR

Quelle: Radial Versus Femoral Access in Invasively Managed Patients With Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. Ando G et al.: Ann Intern Med. 2015;163(12):932-940
A Call to Arms: Radial Artery Access for Percutaneous Coronary Intervention. Savage M P et al.: Ann Intern Med. 2015;163(12):956-957

Vor Bypass-Operation

Ischämisches Präkonditionieren erweist sich als wirkungslos

Interessanter Ansatz, leider wirkungslos: Gleich in zwei grösseren randomisierten Studien erwies sich das Konzept, kardiale Bypass-Patienten durch ein periphere ischämische Konditionierung vor ischämie-bedingten Schäden zu schützen, als Sackgasse.

Im Rahmen einer Bypass-Operation kommt es zu einer kardialen Ischämie. Bekannt ist, dass ein Gewebe, welches die Chance hatte, sich an eine Ischämie zu gewöhnen, diese besser verkräftet als ein Gewebe, welches der Ischämie plötzlich ausgesetzt wird.

In jüngster Zeit wurden Daten publiziert, derzufolge eine ischämische Präkonditionierung eventuell funktionieren könnte, wenn sie fernab des Zielorgans erfolgt, z. B. in den Extremitäten durch wiederholtes Aufblasen einer Blutdruckmanschette.

Diese Befunde waren offenbar so vielversprechend, dass man der Frage sowohl in Deutschland als auch in Grossbritannien in prospektiven Doppelblindstudien auf den Grund ging. An der deutschen RIPHeart-Studie nahmen 1385 Patienten teil, an der britischen ERICCA-Studie 1612 Patienten. In beiden

Studien wurden unmittelbar vor einer koronaren Bypass-Operation an den Extremitäten vier fünfminütige intermittierende Ischämien erzeugt, jeweils gefolgt von fünfminütigen Reperfusionphasen.

Doch das Procedere zeigte keinerlei Wirkung, weder auf den primären Endpunkt, der aus einer Reihe kardiovaskulärer Komplikationen bestand, noch auf die Einzelkomponenten, noch auf weichere Parameter wie den Krankenhausaufenthalt, die Rate an Vorhofflimmern oder das postoperative Delirium. Es starben 9 vs. 4 Patienten, tendentiell mehr in der Interventionsgruppe.

Zu exakt den gleichen Resultaten kam die britische Studie. Für das Konzept des entfernten (remote) ischämischen Präkonditionierens (RIPC) gilt demnach RIP ohne C (rest in peace).

▼ WFR

Quellen: 1.) P. Meybohm, et al.; A Multicenter Trial of Remote Ischemic Preconditioning for Heart Surgery. N Engl J Med 2015; 373: 1397-407; 2.) D. J. Hausenloy, et al.; Remote Ischemic Preconditioning and Outcomes of Cardiac Surgery. N Engl J Med 2015; 373: 408-17