



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 03/2008

**Koronare Herzkrankheit:
Stellenwert der chirurgischen Therapie
(„Bypass-Operation“)**

Statement von Prof. Dr. Dr. h. c. Friedhelm Beyersdorf / Freiburg

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.



Prof. Dr. Friedhelm Beyersdorf

Dies überrascht und muss mit Irritation registriert werden, weil bezüglich dieser Erkrankung

- jahrzehntelange Erfahrungen mit allen Verfahren bestehen,
- eine Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien (RCT) vorliegt ebenso wie
- entsprechende Leitlinien.

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? Es können die nachfolgenden Problemkreise benannt werden:

1. Der stetige Fortschritt

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

2. 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 zirka 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 zirka 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 drei beispielhaft zitierten Studien

- Brener et al., Circulation 2004; 109: 2290-5, betreffend zirka 6000 Patienten
 - Hannan et al., N Engl J Med 2005; 352: 2174-83, betreffend zirka 60.000 Patienten,
 - Hannan et al., N Engl J Med 2008; 358: 331-41
- 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 ist die Koronarchirurgie in der Behandlung von Patienten mit Dreigefäßerkrankung, Hauptstammstenose und/oder proximaler LAD-Beteiligung hinsichtlich der Prognose überlegen.

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 gegangen:

1. Intensivierung des Ziels, sehr aktuelle, prospektive, randomisierte kontrollierte Studien durchzuführen, die alle Risikogruppen mit KHK umfassen (Beispiel: Syntax-Studie)

2. Intensive Pro-Contra-Diskussion

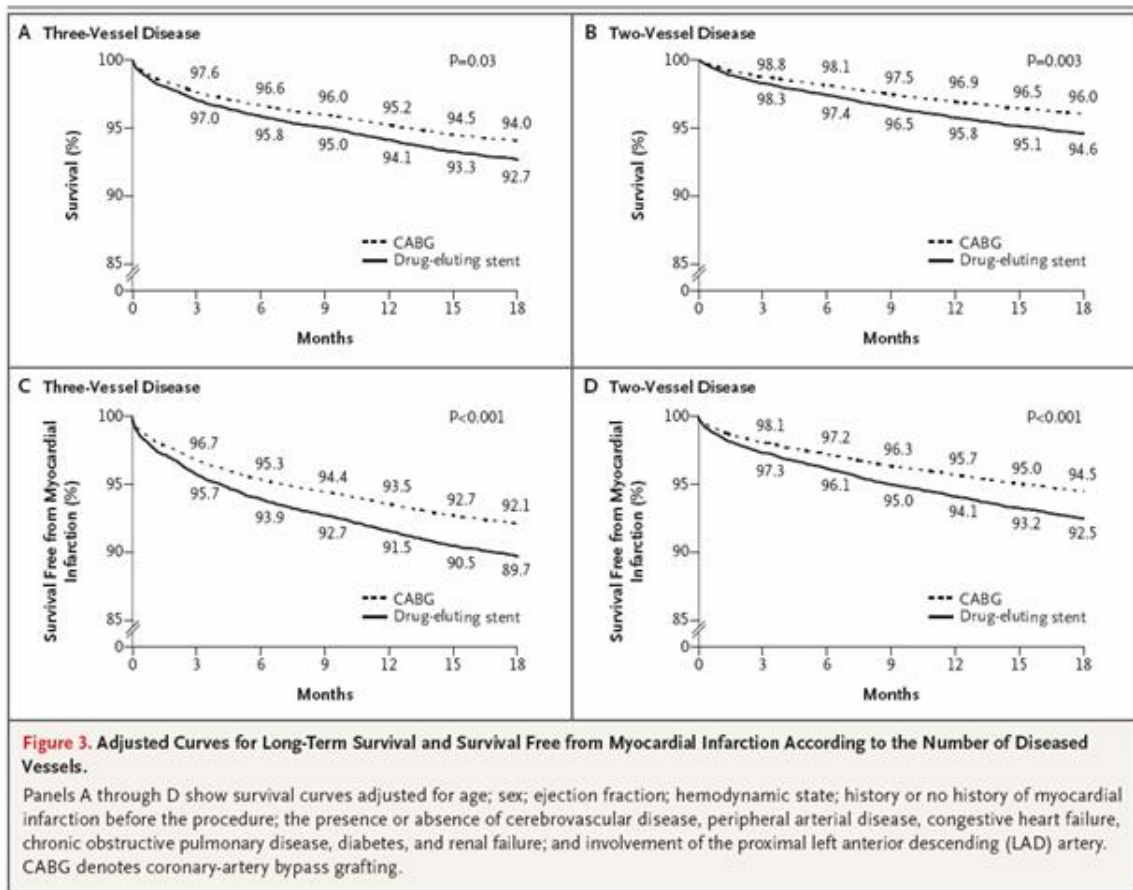
Sehr erfolgreich praktiziert während der vergangenen Jahrestagungen beider Fachgesellschaften DGK und DGTHG

3. 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“.



(Hannan et al. NEJM 2008; 358: 331-41)

Kontakt:

Prof. Dr. Dr. h. c. Friedhelm Beyersdorf
 (Vizepräsident der DGTHG)
 Universitätsklinikum Freiburg
 Herz-Kreislauf Zentrum, Herz- und Gefäßchirurgie
 Hugstetter Str. 55
 79106 Freiburg im Breisgau
 Tel.: 0761 / 270 - 2818
 E-Mail: friedhelm.beyersdorf@uniklinik-freiburg.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 6450 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.