



„Wir wollen keine Koronar-Kosmetik betreiben“

Zum ersten Mal sind im März 2005 Leitlinien der ESC für die perkutane koronare Intervention publiziert worden. Darin wird Stellung genommen zur Art der initialen Revaskularisation, zur Nützlichkeit der Stents, zur Intervention bei Diabetikern und zur Intervention bei Patienten mit Nicht-ST-Hebungs-Infarkt. Vorsitzender des zuständigen Gremiums ist Professor Sigmund Silber. Was die neuen Leitlinien in englischer Sprache bieten und welche Veränderungen auf die interventionell tätigen Kardiologen zukommt wollte Rainer Klawki vom Münchner Kardiologen wissen.

? Sie haben als Vorsitzender die Erstellung der Leitlinien zur perkutanen koronaren Intervention geleitet. Was ist neu an den PCI-Guidelines der ESC?

Silber: Die European Society of Cardiology (ESC) hatte bislang noch keine Leitlinien zur perkutanen koronaren Intervention. Das gesamte Dokument ist neu. Hauptanliegen der Erarbeitung der PCI-Leitlinien war, dass vor allem die randomisierten Studien zum Thema, von denen es in der Zwischenzeit eine große Menge gibt, kritisch beurteilt wird.

? Welche Unterschiede ergeben sich zu Deutschen Leitlinien – etwa für das akute Koronarsyndrom oder zu dem Positionspapier, das bisher existiert?

Silber: Ein wichtiger Unterschied besteht zunächst einmal im formalen Prozess der Erstellung des Dokuments: Im Unterschied zu Deutschland hat die ESC zusätzliche externe Gutachter – im Falle der PCI-Leitlinien waren es 17 Wissenschaftler, die das Dokument beurteilt haben. Erstellt wurde es von den insgesamt 13 Mitgliedern der PCI Task Force. Die zusätzlich 13 Mitglieder des allgemeinen Leitlinienkomitees haben die Textfassung schließlich genehmigt. Außerdem wurden die Leitlinien von den drei ESC-Präsidenten (dem vorausgegangen, dem gegenwärtigen und dem künftigen) mitgetragen. Insgesamt stehen somit 43 international anerkannte Experten hinter diesen Empfehlungen.

Im Falle des akuten Koronarsyndroms ohne ST-Streckenhebung gibt es keine eklatanten Unterschiede zu den deutschen Leitlinien. Wir haben allerdings die Begleitmedikation etwas weiter spezifiziert. Wer die beiden Flussdiagramme der Deutschen und Europäischen Leitlinien vergleicht, wird bemerken, dass nicht allgemein von „den Glykoprotein IIb/IIIa Inhibitoren“ gesprochen wird, sondern von konkreten Substanzen. Wir haben uns auf europäischer Ebene dafür entschieden, die Substanzen näher, je nach Anwendungsmodus, zu spezifizieren.

Auch empfehlen wir vorzugsweise das unfractionierte („alte“) Heparin und stehen den niedermolekularen Heparinen, insbesondere dem Enoxaparin mit mehr Zurückhaltung gegenüber. Beim Clopidogrel haben wir das bisher übliche Sternchen weggelassen und empfehlen die möglichst rasche Gabe – unabhängig davon, ob eine Bypassoperation schon feststeht oder nicht.

? Wie ist die Frage beim akuten Koronarsyndrom geklärt: Wann Lyse, wann PCI? Oder: Wann DES und wann nicht?

Silber: Im Vergleich zu den Deutschen Leitlinien haben wir das Zeitintervall der ersten zwölf Stunden nach Symptombeginn unterteilt in weniger als drei Stunden und drei bis zwölf Stunden. Im Vergleich zur primären PCI kann mit der Thrombolyse nur in den ersten drei Stunden eine adäquate Herzmuskelmasse gerettet werden. Nach drei Stunden ist die primäre PCI der Thrombolyse überlegen.

? Könnten die ESC-Guidelines eins zu eins auch für Deutschland gelten oder bedarf es der Anpassung?

Silber: Gerade auf Deutschland sind die ESC-PCI Leit-



Prof. Sigmund Silber ist Vorsitzender der Europäischen PCI-Leitlinien Kommission.

nien eins zu eins übertragbar, dies gilt insbesondere für den STEMI. Grund ist die relativ hohe Dichte von Herzkatheterlabors und den praktisch schon zahlreich existierenden Netzwerken. Diese Netzwerke können besonders für die empfehlende „Post-Thrombolyse-PCI“, also der routinemäßig erfolgten Herzkatheteruntersuchung in PCI-Bereitschaft – auch nach erfolgreicher (!) Thrombolyse – genutzt werden. Eine regionale Anpassung ist nicht erforderlich. Was die deutschen Verhältnisse angeht, so könnte ich mir vorstellen, dass von Seiten der zuständigen Gremien in der Fachgesellschaft ein Kommentar zu den ESC-Guideli-

nes erstellt wird. Darin enthalten könnten sein: Angaben zur Berechtigung eine PCI vorzunehmen und eine Empfehlung zu den Mindestmengen in Deutschland.

? Haben die Stent-Studien, die beim ACC 2005 vorgestellt wurden, bereits neue Impulse für eine zukünftige Überarbeitung geboten?

Silber: Unsere Task Force wird die Entwicklung in den kommenden Jahren beobachten und ein Update fertigstellen, wenn sich praxisrelevante Änderungen der bisherigen Empfehlungen Evidenz-basiert abzeichnen. In der Analyse der aktuellen Datenlage zu den PCI-Leitlinien waren wir sehr kritisch: für hohe Evidenzgrade genügte uns nicht allein die Durchführung einer randomisierten Studie. Wir haben großen Wert darauf gelegt, dass der primäre Endpunkt ein klinischer war – denn wir wollen keine Koronarkosmetik betreiben, sondern den klinischen Verlauf der Patienten verbessern. Darüberhinaus sind Multicenterstudien aussagekräftiger als Daten, die aus einem einzigen Hause stammen. So hatte etwa die SIRTAX-Studie einen primären klinischen Endpunkt, war aber durch ihren Single-Center-Charakter limitiert. Zwar waren REALITY und SCAND-STENT Multicenterstudien, hatten aber keinen primären klinischen Endpunkt. Man muss weitere Ergebnisse abwarten.

Diese Patienten mit aktuellem Koronarsyndrom ohne ST-Hebungsinfarkt müssen innerhalb von 48 Stunden koronarangiografiert werden

- Wiederkehrender Schmerz in Ruhe
- Dynamische ST-Strecken-Veränderungen: ST-Strecken-Senkung kleiner gleich 0,1 Millivolt oder vorübergehende ST-Strecken-Hebung (geringer als 30 Minuten) und ST-Hebung kleiner gleich 0,1 Millivolt
- Erhöhte Troponin-I, Troponin-T oder CK-MB Spiegel
- Hämodynamische Instabilität innerhalb der Beobachtungszeit
- Schwere Arrhythmien (ventrikuläre Tachykardie, Kammerflimmern)
- Frühe instabile Angina nach einem Infarkt
- Diabetes mellitus

Diese Patienten-Charakteristika bedeuten ein hochakutes Risiko, ein thrombotisches Risiko oder das Risiko einer schnellen Progression des Myokardinfarkts sowie Tod.

Liste der Indikationen für einen NSTEMI in Übersetzung der englischsprachigen Leitlinien.