

Bypasschirurgie bei HS-/Bifurkationsstenose oder Mehrgefäßerkrankung?

In randomisierten Vergleichsstudien gegenüber einer medikamentösen Therapie konnte gezeigt werden, dass die Bypassoperation Prognose und Symptomatik von Patienten mit koronarer Dreigefäßerkrankung und mit Hauptstammstenose der linken Koronararterie verbessert (1). Über die Rolle der PCI bei diesem Patientengut bestand bis dato Unklarheit, denn in sämtlichen bisher durchgeführten Vergleichsstudien wurden gerade diese Patienten ausgeschlossen (2).

Mit der Syntax- Studie (3) konnte die Rolle Bypass-OP im Vergleich zur PCI mit DES bei Patienten mit Hauptstammstenose und Mehrgefäßerkrankung erstmals genauer definiert werden. Etwa ein Drittel dieser Patienten kommt aufgrund zu komplexer anatomischer Verhältnisse nur für eine Operation in Betracht. Nur ein sehr geringer Anteil von Patienten (ca. 5 %) hat aufgrund schwerer Begleiterkrankungen ein zu hohes Operationsrisiko und sollte deswegen eher einer PCI zugeführt werden. Für etwa 60% der Patienten sind beide Therapieverfahren durchführbar. Die Gesamtkomplikationsrate von Tod, Herzinfarkt und Schlaganfall nach einem Jahr ist für beide Behandlungsmodalitäten nicht unterschiedlich. Diese Ergebnisse werden von anderen Autoren über einen längeren Beobachtungszeitraum von bis zu 5 Jahren bei Patienten mit weniger ausgeprägter Mehrgefäßerkrankung bestätigt (4, 5). Wie in vorausgegangenen Studien bereits gezeigt ist auch in der Syntax-Studie die Rate an Reinterventionen in der PCI-Gruppe gegenüber der Bypass-Gruppe signifikant höher. Für die Hauptstammstenose zeigt sich ein Trend für eine höhere MACCE-Rate, wenn sie mit einer 2- oder 3- Gefäßerkrankung vergesellschaftet ist.

Die Restenose ist kein benignes Ereignis, sondern präsentiert sich in ca. 30% der Patienten als akutes Koronarsyndrom (6,7) und geht gegenüber Patienten ohne Restenose mit einer ungünstigeren Prognose einher (8,9).

Ein besonderes Problem stellt der diabetische Patient dar. In der Tendenz schneidet in der Syntax-Studie die PCI bei Diabetikern gegenüber dem Nichtdiabetiker schlechter als die Bypass-op ab, was die Langzeitergebnisse der ARTS II- Studie bestätigt (10). Eine definitive Aussage über die Rolle der PCI bei diabetischen

Patienten mit Mehrgefäßerkrankung ist aber erst nach Beendigung von für diese Fragestellung speziell angelegten Studien wie der FREEDOM-Studie möglich (11). Hinsichtlich der Stentthrombose ergaben sich in der Syntax-Studie zwar keine signifikanten Unterschiede zur Rate an Bypass-Okklusionen, aber die Stentthrombose ist im Gegensatz zur Graftokklusion ein wesentlich dramatischeres Ereignis, ist sie doch in 17% bis 45% der Fälle mit dem Tod des Patienten verbunden (12). Ferner ist der Beobachtungszeitraum von einem Jahr zu kurz, um die wahren Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens dieser beiden Komplikationen valide zu ermitteln. Zu bedenken ist, dass gerade die Patienten mit komplexer Mehrgefäßerkrankung ein erhöhtes Risiko für eine späte Stentthrombose haben.

Schlussfolgerungen meines Vortrags Bypasschirurgie bei HS-/Bifurkationsstenose oder Mehrgefäßerkrankung sind:

One third of the patients are not suitable for PCI, mostly, because of complex anatomy; they can be operated with a similar outcome as patients suitable for PCI

A minority of patients (6%) are not suitable for CABG, mainly due to comorbidity; in these patients, the outcome of PCI is not satisfactory

Two third of patients, suitable for PCI, can be operated with the same risk as for PCI but with a significantly lower rate of reinterventions

Restenosis is not a benign event for the patients: 30% are presenting with ACS and prognosis after restenosis is worse

The role of PCI in diabetics (growing population) is still unclear

Surgery allows the patient to get on with life without repeat interventions and the worry of stent thrombosis

1. Yusuf et al, Lancet 1994

2. AWESOME, ERACI II , CABRI , RITA , EAST 7.7%, GABI 4%, MASS-II , ERACI, BARI, ARTS, SoS

3. Serruys, ESC 2008

4. Daemen J et al. Circulation 2008

5. Richardt G. Jahrestagung DGK 2007
6. Chen M et al., Am Heart J 2006
7. Nayak AK et al., Circ J 2006
8. Schühlen H et al., Am Heart J 2004;147:317
9. Van Belle E et al., Circulation 2001;103:1218
10. Dawkins K. EuroPCR 2007
11. Am Heart J 2008; 155: 215-23
12. Kaul S et al. JACC 2007

Kontakt:

Prof. Dr. Joachim Schofer

Medizinisches Versorgungszentrum Prof. Mathey, Prof. Schofer

Universitäres Herz- und Gefäßzentrum Hamburg

E-Mail: schofer@herz-hh.de