Herzkatheter bei Diabetikern

Wann macht er wirklich Sinn?

Die Prognose von Diabetikern wird durch das Ausmaß der koronaren Atherosklerose, der myokardialen Ischämie und der Verminderung der linksventrikulären Pumpfunktion entscheidend beeinflusst. Um Auskunft über diese Parameter zu erhalten, kann man sich mehrerer Methoden bedienen. Prof. Christian Schneider vom Herzzentrum der Universität Köln zeigt auf, wann ein Herzkatheter mit der Möglichkeit der Intervention wirklich Sinn macht.

Die klassische Bildgebung umfasst z. B. die Echokardiografie, die Szintigrafie oder die Herzkatheteruntersuchung, neuere, nicht invasive Methoden die Mehrzeilen-CT oder die MRT. Die Herzkatheteruntersuchung mit PTCA ist bei allen Formen des akuten Koronarsyndroms notwendig, da wiederholt gezeigt wurde, dass eine interventionelle Therapie mithilfe des Herzkatheters die Prognose verbessert [1]. Nötig ist die Untersuchung auch (noch?) bei anderen kardialen Erkrankungen, die operativ behandelt werden müssen (z. B. Aortenklappenstenose). Kaum ein Herzchirurg würde derzeit aufgrund einer CT der Koronarien sein operatives Vorgehen individuell festlegen wollen.

Studiendaten zu Diabetikern mit KHK

Bei der Herzkathetertherapie der stabilen KHK bei symptomatischen Diabetikern sieht es wie folgt aus: Subgruppenanalysen der Studie COURAGE hatten gezeigt [2], dass bei diesem Kollektiv die interventionelle Therapie der medikamentösen hinsichtlich prognostischer Parameter nicht, hinsichtlich der Reduktion der Angina-pectoris-(A.-p.-)Beschwerden in den ersten Monaten aber signifikant überlegen war. Dies stimmt mit dem Ergebnis einer großen Metaanalyse überein [3].

Genauere Daten zur optimalen Therapie der symptomatischen KHK bei Diabetikern liegen seit Kurzem mit der BARI-2-D-Studie vor [4, 5]. Darin wurden Diabetiker mit symptomatischer KHK eingeschlossen. Je nach Koronarstatus wurden sie in eine Gruppe mit bypasswürdiger KHK und in eine mit PTCA-würdiger KHK eingeteilt. Danach wurden die Patienten in jeder Gruppe zusätzlich zur optimalen Medikation randomisiert mit der interventionellen Therapie oder nur medikamentös behandelt. Wie schon in COURAGE konnte die interventionelle Therapie die Inzidenz von Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall im Vergleich mit einer medikamentösen Therapie nicht reduzieren. In der Bypassgruppe wurde die Infarktinzidenz signifikant gesenkt, die Gesamtsterblichkeit nicht.

Was bedeutet das für die Praxis?

Für die Behandlung von Diabetikern mit KHK gilt nun: COURAGE und BARI 2D zeigen eindeutig,

dass eine medikamentöse Therapie einer aufwendigeren (und meist kostenintensiveren) interventionellen oder operativen bezüglich Abnahme der Gesamtmortalität nicht unterlegen ist. Bei fortgeschrittener KHK (3-Gefäß-Erkrankung, Hauptstammstenose, eingeschränkte Pumpfunktion) vermindert der Bypass die Infarkthäufigkeit.

Für die Routineversorgung bedeutet dies:

- 1. Es besteht meist kein Grund für eine rasche interventionelle Therapie bei KHK, da diese die Prognose nicht günstig beeinflusst.
- 2. Risikofaktoren und A.-p.-Beschwerden müssen optimal medikamentös therapiert werden.
- 3. Bei Diabetikern mit A. p. sollte eine Ischämiediagnostik erfolgen. Bei Hochrisikozeichen (ST-Senkung bei niedriger Belastung, ausgedehnter Perfusionsdefekt/Hypokinesie der Vorderwand, multiple Defekte/Hypokinesien unter Belastung, Abnahme der Ejektionsfraktion etc.) ist eine Koronardarstellung indiziert, um morphologische Hochrisikobefunde zu dokumentieren (Hauptstammstenose, koronare 3-Gefäß-Erkrankung, evtl. proximale LAD-Stenose). Die Beurteilung der LV-Funktion rundet die Diagnostik ab.

Inwieweit die nicht invasive Koronariendarstellung mithilfe der CT hier einen Platz finden wird, ist prospektiv bei Diabetikern noch ungeklärt. Die bisherigen Befunde lassen vermuten, dass die Mehrzeilen-CT sich hier etablieren könnte. Von der diagnostischen Herzkatheteruntersuchung bei oben skizzierten Patienten abgesehen, bleiben folgende Gruppen für eine interventionelle Therapie übrig: Patienten mit therapierefraktärer Angina, mit medikamentösen Unverträglichkeiten und mit Angina auf niedrigem Belastungsniveau unter Medikation. Eine prognostische Indikation für eine PTCA gibt es nach vorliegenden aktuellen Studien außer beim akuten Koronarsyndrom selbst für Diabetiker jedoch nicht.

Christian Schneider

Literatur:

1. Timmer JR et al. Arch Intern Med. 2007;167(13):1353-9.
2. Boden W et al. N Engl J Med 2007;356:1-14.
3. Trikalinos TA et al. Lancet 2009;373(9667):911-8.
4. The BARI 2D Study Group. N Engl J Med 2009;360:2503-15.
5. Bernard R et al. Circulation 2009;120:2529-40.

Prof. Dr. med.
Christian
Schneider, Herz-
zentrum der Uni-
versität Köln