Bypass-OP bei KHK plus Herzinsuffizienz

Versus Medikation langfristig kein Vorteil

Velazquez EJ, Lee KL, Deja MA et al. the STICH Investigators. Coronary-Artery Bypass Surgery in Patients with Left Ventricular Dysfunction. N Engl J Med 2011; 364(17):1607–16.

Fragestellung: Hat eine Bypassoperation am Herzen bei Personen mit Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankung langfristig positive Effekte?

Hintergrund: Eine der Errungenschaften der modernen Medizin ist es, dass man den Blutfluss bei stenosierte Arterien durch Dilatationen mit Stentimplantationen oder Bypass-Operationen normalisieren kann. Die Erfolge dieser High-tech-Medizin haben dazu geführt, dass in weiten Kreisen der Bevölkerung der präventive Gedanken in den Hintergrund getreten ist, da man ja bei Gefäßproblemen entsprechende Hilfe erhält. Dieses Denken geht bis hinein in die Ärzteschaft und gesundheitspolitische Gremien. Denn wie könnte man sich anders erklären, dass der Hausarzt bei jeder Verordnung eines generischen Statins mit Tagestherapiekosten von wenigen Cent Sorge vor einem Regress haben muss, jedoch die Einweisung zu einer Bypassoperation ohne Folgen bleibt?

Doch wie steht es mit der wissenschaftlichen Evidenz um der Fortschritte durch High-tech-Medizin? Diese ist eigentlich gar nicht so schlecht, es gibt einige Studien wie COURAGE oder BARI-2D die diesen Zusammenhang sehr gut untersucht haben.

Jedoch sind die Ergebnisse weit ernüchternder als der Glanz der zugrundeliegenden Technologie: Außer

bei akuten vaskulären Ereignissen gibt es keine wissenschaftliche Evidenz, dass man im Vergleich zur optimalen medikamentös-konservativen Therapie harte Endpunkte durch High-Tech-Medizin beeinflussen kann.

Patienten und Methodik: In diese Studie wurden 1212 Personen aufgenommen, die eine mit Bypass-Operation zu behandelnde KHK und eine Herzinsuffizienz mit einer Ejektionsfraktion von < 35% hatten. Die Teilnehmer wurden eingeteilt in eine Gruppe mit optimaler medikamentöser Therapie und eine mit medikamentöser Therapie und Bypass-OP. Ursprünglich sollten 2000 Personen für drei Jahre behandelt und beobachtet werden. Aufgrund der schleppenden Rekrutierung wurden 1200 Personen für fünf Jahre verfolgt.

Ergebnisse: Im primären Endpunkt „Mortalität jeglicher Ursache“ gab es zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Operationsbedingt hatten die Personen in der Bypassgruppe zuerst eine höhere Mortalität, die sich dann wieder ausglich. Die sekundären Endpunkte wie kardiovaskuläre Sterblichkeit bzw. Hospitalisierung waren in der Bypassgruppe insgesamt signifikant günstiger.

Schlussfolgerung: Es ergab sich erneut keine wissenschaftliche Evidenz für vaskuläre High-Tech-Medizin.

**Prof. Dr. med.
Stephan Martin**

Kommentar: Dass die sekundären Endpunkte wie kardiovaskuläre Sterblichkeit bzw. Hospitalisierung in der Bypassgruppe signifikant günstiger ausfielen, ist wenig überzeugend, denn wenn es in der Gesamtmortalität keine Unterschiede gibt, spielt es für den Einzelnen keine so große Rolle, dass er nicht an einem kardiovaskulären Ereignis, sondern an etwas anderem stirbt. Die Rate an Klinikeinweisungen ist bei nicht geblindetem Studiendesign kaum zu verwerten. Ein Schwachpunkt dieser insgesamt brillanten Studie ist, dass von den randomisierten Patienten in der Medikamentengruppe 17% einen Bypass und in der Bypassgruppe 9% nur eine medikamentöse Intervention erhielten.

Die nun immer größere wissenschaftliche Evidenz muss nicht nur bei der Begrenzung der ökonomischen Ressourcen zu einer gesundheitspolitischen Diskussion führen. Wollen wir es uns leisten, die vaskuläre High-Tech-Medizin weiterhin undifferenziert einzusetzen, obwohl es keine wissenschaftliche Evidenz der nachhaltigen Wirksamkeit gibt? Wie viele Patienten könnten wir

mit Statinen und Medikamenten zu Blutdrucksenkung behandeln, wenn wir eine Bypass-Operation einsparen? Noch viel schlimmer: Wie viele Patienten nach erfolgreichem Bypasseingriff haben anschließend weiterhin keine optimale medikamentöse Therapie, bedingt durch eine fehlende Verordnung oder eine fehlende Compliance? Die vergangenen Jahrzehnte waren auch außerhalb der Medizin die Jahrzehnte der High-Tech-Innovationen. Fukushima hat uns im Bereich der Energieversorgung gezeigt, dass wir mehr in Nachhaltigkeit investieren müssen. Ein Windrad ist im Vergleich zu einem High-Tech-Atomkraftwerk eher Low-Tech. Auch bei der Behandlung von Gefäßstenosen scheint wohl die Low-Tech der High-Tech-Medizin überlegen zu sein.

Prof. Dr. med. Stephan Martin

Verbund der Katholischen Kliniken Düsseldorf (VKKD)
Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ)
Hohensandweg 37, D-40591 Düsseldorf
Stephan.Martin@vkkd-kliniken.de