**Prof. Dr. med.
Curt Diehm**
Karlsbad,
Angiologie

**Prof. Dr. med.
Joachim Hoyer**
Marburg,
Nephrologie

**Prof. Dr. med.
Gerald Klose**
Bremen,
Lipidologie

**Priv.-Doz. Dr. med.
Florian Masuhr**
Berlin,
Neurologie

**Prof. Dr. med.
Georg Nickenig**
Bonn,
Kardiologie

Gelesen und kommentiert

Leitlinienempfehlung zum kardiogenen Schock geändert

Intraaortale Gegenpulsation nützt nur einigen Patienten

Die Verwendung der intraaortalen Gegenpulsation (IABP) gehörte bisher zum Therapiestandard bei Patienten mit infarktbedingtem kardiogenem Schock. Doch die aktuelle SHOCK-II-Studie konnte keinen prognostischen Vorteil der IABP bei diesem Patientenkollektiv nachweisen.

■ Die Sterblichkeit von Patienten mit infarktbedingtem kardiogenem Schock ist auch dann noch hoch, wenn eine rasche Revaskularisierung mittels PTCA oder Bypassoperation durchgeführt wird. Die intraaortale Gegenpulsation (IABP) wurde in diesem klinischen Kontext auf Basis kleinerer Kohortenstudien trotz inkonklusiver Ergebnisse von den Fachgesellschaften mit einer hohen Klasse-IB- respektive -IC-Empfehlung versehen.

Im klinischen Alltag erfolgte der Einsatz in etwa 25–50% aller nach den Leitlinien potenziell geeigneten Fällen. Eine große randomisierte klinische Studie war daher notwendig geworden, um die Bedeutung der IABP bei Patienten mit kardiogenem Schock grundlegend zu klären. Diese Studie (SHOCK II Trial) wurde nun im September auf der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie in München und zeitgleich im New England Journal of Medicine veröffentlicht.

600 Patienten mit kardiogenem, infarktbedingtem Schock und früher Revaskularisierung (PTCA oder Bypassoperation) erhielten zufallsbedingt eine IABP (301 Pati-

enten) oder keine IABP (Kontrollgruppe, 299 Patienten). Die 30-Tages-Sterblichkeit wurde als primärer Endpunkt definiert. Zusätzlich wurde die Sicherheit der IABP-Therapie untersucht (Blutungen, periphere Gefäßkomplikationen, Sepsis, Schlaganfall).

Nach 30 Tagen zeigte sich kein Unterschied in beiden Behandlungsgruppen. Die Sterblichkeit lag mit 39,7% in der IABP-Gruppe und mit 41,3% in der Kontrollgruppe ($p = 0,69$) etwas unter den aus Registern erwarteten Ergebnissen. Auch hinsichtlich einiger Surrogatparameter (z.B. Dauer des Aufenthalts auf der Intensivstation, Serum-Laktat) ergaben sich keine Unterschiede, so wie es auch keine Differenzen hinsichtlich der Sicherheit gab.

Eine Subanalyse zeigte jedoch eine Interaktion zwischen dem Lebensalter der Patienten (Alter < 50 Jahre) und dem pri-

mären Endpunkt, sodass möglicherweise diese Gruppe von Patienten doch von der IABP profitiert. Gleiches gilt unter Umständen für solche Patienten mit einem Erstinfarkt.

■ **Kommentar:** Die SHOCK-II-Studie zeigt keinen generellen Nutzen für Patienten mit infarktassoziiertem kardiogenem Schock. Sollten wir nun die IABP-Konsolen aus den Katheterlaboren entfernen? Sicher nicht!

Einerseits gibt es – wenn auch zunächst nur in der Subanalyse – einen Überlebensvorteil für jüngere Patienten (< 50 Jahre) und Patienten ohne vorangegangenen Infarkt. Vor dem Hintergrund der dokumentierten Sicherheit der IABP gibt es für mich weiterhin gute Gründe, diesem Kollektiv eine IABP nicht vorzuenthalten. Zudem sind eine Ventrikel- oder Papillarmuskelruptur nach akutem Myokardinfarkt mit Ventrikelseptumdefekt oder akuter Mitralklappeninsuffizienz sowie herzchirurgische Patienten in der perioperativen Phase weiterhin sehr gute Kandidaten für die IABP.

Prof. Dr. med. Peter W. Radke,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck ■

© Mathias Ernst, Klinikum Ludwigshafen

Selbst nach einer raschen Revaskularisierung ist die Sterblichkeit von Patienten mit infarktbedingtem kardiogenem Schock hoch.

■ Thiele H et al. Intraaortic Balloon Support for Myocardial Infarction with Cardiogenic Shock. N Engl J Med 2012; 367:1287–1296