Bei ST-Hebungsinfarkt die Distanz zum Katheterlabor zu weit

Prähospitale Fibrinolyse ist eine gute Option

Wenn Patienten mit ST-Hebungsinfarkt ab dem Zeitpunkt des medizinischen Erstkontakts nicht binnen einer Stunde eine direkte PCI erhalten können, dann offeriert ein abgestuftes Behandlungskonzept mit prähospitaler Lyse, rascher Koronarangiografie und späterer PCI tendenziell bessere Ergebnisse als die direkte PCI.

Die beim ACC präsentierte und zeitgleich im New England Journal of Medicine publizierte STREAM-Studie (Strategic Reperfusion Early after Myocardial Infarction) ist komplex, aber wichtig. Sie war in 15 Ländern realisiert worden, ganz überwiegend in Frankreich, Russland, Serbien und Spanien. Es geht um Patienten mit ST-Hebungsinfarkten, die zwar innerhalb von drei Stunden nach Symptombeginn den Arzt herbeigerufen haben (first medical contact), aber im Anschluss dann nicht innerhalb von 60 Minuten ein Herzkatheterlabor erreichen konnten, weil dieses zu weit entfernt war. Die Autoren um Professor Frans van de Werf aus Leuven/Belgien verglichen bei 1 892 solchen Patienten zwei Strategien: Erstens eine primäre PCI so schnell wie möglich, und zweitens eine sofortige Fibrinolyse mit Tenecteplase im Rettungswagen, nebst Therapie mit Enoxaparin, ASS und Clopidogrel.

Bei den lysierten Patienten wurde anschließend ein EKG geschrieben. Zeigte das einen Rückgang der ST-Hebung um über 50%, wurde nach 6–24 Stunden angiografiert und anschließend in Ruhe überlegt, ob noch eine elektive PCI oder ein Bypass indiziert ist. Zeigte sich keine Rückbildung der ST-Hebung, wurde umgehend angiografiert und gegebenenfalls eine Notfall-PCI unternommen.

Primärer Studienendpunkt waren Tod, Schock, Herzinsuffizienz oder Reinfarkt innerhalb von 30 Tagen. 12,4% der mit Lyse behandelten sowie 14,3% der mit Akut-PCI behandelten Patienten hatten einen der Endpunkte ($p=0,21$). Dies entspricht einem numerischen Trend zugunsten der „pharmako-invasiven“ Therapie, wobei in der Akut-PCI-Gruppe vor allem mehr Patienten mit Schock und Herzinsuffizienz auftraten.

In beiden Gruppen wurden die Patienten durchschnittlich 60 Minuten nach Symptombeginn von einem Arzt gesehen und nach 90 Minuten randomisiert. Das Krankenhaus erreichten die lysierten Patienten nach 150 Minuten, die akut-PCI-Patienten nach 140. Die Reperfusion startete in der Lyse-Gruppe im Schnitt 100 Minuten nach Symptombeginn, in der Akut-PCI-Gruppe nach 180. Bei 36% der lysierten Patienten stellten die Ärzte nach dem EKG fest, dass doch eine sofortige PCI nötig ist. Die erfolgte im Schnitt 3,7 Stunden nach Beginn der Herzattacke. Den übrigen Lyse-Patienten (64%) konnte die Notfall-Therapie erspart werden. Sie wurden im Schnitt nach 18 Stunden angiografiert. 80% der Patienten in der „pharmako-invasiven“ Gruppe und 90% in der Akut-PCI-Gruppe wurden mit einer PCI behandelt. In beiden Gruppen wiesen 91 bzw. 92% der Patienten nach der PCI einen TIMI-3-Fluss auf. 4,7% der pharmako-invasiv behandelten und 2,1% der Akut-PCI-Patienten erhielten einen Bypass.

Ein wichtiges Detail: Am Anfang beobachtete man gehäuft intrakranielle Blutungen in der Lyse-Gruppe, was recht früh zu einer Protokoll-Änderung führte: Bei Patienten über 75 Jahre und jenen mit einem

Gewicht unter 60 kg wurde die Tenecteplase-Dosis halbiert. Danach sank die intrakranielle Blutungsrate auf 0,5% (vs. 0,3%) und die Schlaganfall-Rate insgesamt auf 1,2% (vs. 0,66%) – jeweils kein Unterschied mehr zur Vergleichsgruppe. Laut den Autoren war das primäre Ergebnis in der „pharmako-invasiven“ Gruppe nach der Dosisreduktion bei Risikopatienten fast signifikant besser als in der Akut-PCI-Gruppe. Noch eine wichtige Beobachtung: Auch Patienten mit Infarkten der rechten Herzkranzarterie profitierten von der frühen Lyse im Vergleich zur Akut-PCI.

Provokation für Interventionalisten

Eingefleischte invasive Kardiologen sind von den Ergebnissen natürlich nicht überzeugt: „In gewissen Situationen mag das pharmako-invasive Vorgehen eine Option sein, optimale Versorgung bleibt aber die sofortige Akut-PCI“, schreibt Prof. Deepak Bhatt, Brigham and Women's Hospital Boston, in einem Editorial zur STREAM-Studie. Er verweist darauf, dass es bei der PCI seit dem Studienbeginn Fortschritte gegeben hat, die die Prognose der Patienten weiter verbesserten.

Dr. med. Dirk Einecke ■

Anfangs wurden allerdings unter der Lyse-Therapie gehäuft intrakranielle Blutungen beobachtet.

© Dirk Einecke