

Gespräch mit Prof. Holger Thiele, Leipzig

NSTEMI: kein Grund, die Nachtruhe zu stören?

Genügt es beim nächtlich auftretenden Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt (NSTEMI), den Patienten erst am darauffolgenden Tag im klinischen Routinebetrieb zu katheterisieren? CardioVasc fragte beim Initiator der LIPSIA-NSTEMI-Studie, Prof. Holger Thiele, nach.

■ **CardioVasc:** Nicht jeder Herzinfarktpatient muss sofort einer primären PCI unterzogen werden, sofern feststeht, dass kein STEMI, sondern ein NSTEMI vorliegt. Das entlastet die Nachtschichten im Katheterlabor. Eine frohe Botschaft für Ihre Interventionalisten-Kollegen, Herr Prof. Thiele? **Thiele:** Das denke ich schon. Das wollten wir mit unserer LIPSIA-NSTEMI-Studie auch überzeugend belegen. Und das Hauptergebnis zeigt ganz klar: Patienten, die bis spätestens 2,5 Stunden nach Symptombeginn katheterisiert wurden, schnitten nicht besser ab als jene, die erst im klinischen Routinebetrieb am nächsten Tag „aufgelegt“ wurden.

„Hat der Patient Schmerzen, kommt er umgehend auf den Tisch!“

Voraussetzung bei allen war allerdings, dass sie beschwerdefrei waren. Hat der Patient dagegen Schmerzen, kommt er umgehend auf den Tisch zur PCI. Das ist in den Leitlinien der ESC ganz unmissverständlich geregelt. Bei Hochrisikopatienten mit anhaltenden Beschwerden, Zeichen der Herzinsuffizienz oder lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen muss die Ischämie möglichst rasch beseitigt werden.

■ **CardioVasc:** Wonach beurteilten Sie die Ergebnisse?

Thiele: Primärer Studienendpunkt war die Infarktgröße, gemessen an einem Laborparameter, der Kreatinkinase-MB: Sie korreliert eng mit der Infarktgröße. Sekundäre Endpunkte waren die Häufigkeit von Todesfällen, erneuten Herzinfarkten und erneuter Krankenhausaufnahme wegen Herzproblemen sechs Monate nach Studieneinschluss. Beim primären Endpunkt ergab sich in der Gruppe mit sofortiger PCI sogar tendenziell ein Trend zu höheren Kreatinkinase-MB-



„Die neueren Studien haben gezeigt, dass man die Intervention in aller Ruhe auf den nächsten Tag verschieben kann.“

Prof. Dr. med. Holger Thiele, Herzzentrum der Universität Leipzig

Werten, aber keine Signifikanz. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ergaben sich in den sekundären Endpunkten Tod/Reinfarkt (23,9%, 20,0%, 19,4%) oder Tod/Reinfarkt/erneute Hospitalisierung wegen instabiler Angina (28,4%, 25,0%, 22,9%). Ganz wichtig ist hier aber die Definition des Reinfarkts, der in den verschiedenen Studien sehr variierte, was deren Vergleichbarkeit für diesen Endpunkt erschwerte.

■ **CardioVasc:** Sie haben sich bei der Therapieentscheidung vor allem am Enzymmarker Troponin und an der Klinik orientiert. Das EKG war kein Einschlusskriterium?

Thiele: Wir haben nicht gefordert, dass EKG-Veränderungen vorliegen müssen, etwa eine ST-Strecken-Veränderung oder T-Wellen-Inversion. Nichtsdestotrotz hatten in unserer Studie 83% der Patienten EKG-Veränderungen, was wiederum ein Marker für ein erhöhtes Risiko ist.

■ **CardioVasc:** Alle ihre Studienpatienten erhielten initial 500 mg ASS i. v., 600 mg Clopidogrel per os, Heparin 5000 IE i. v. und Infusion (aPTT 50–70 s) und Tirofiban, dann erfolgte die Randomisierung in drei Gruppen mit schließlich jeweils 201 Patienten.

Thiele: Ja, in der ersten Gruppe kamen die Patienten im Median nach 1,1 Stunden auf den Tisch (sofortige PCI), in der zweiten Gruppe im Median nach 18 Stunden (frühe PCI) und in der dritten nach 67 Stunden. Im dritten Arm war eine „selektive invasive PCI“ vorgesehen, da wurden nur 86% der Patienten katheterisiert. Bei den anderen 14% hatten wir keinen Ischämienachweis, eine gute LV-Funktion und keine erneuten Beschwerden, sodass wir auf eine invasive Diagnostik verzichtet haben.

Alle drei Gruppen erhielten eine einheitliche Basistherapie aus Tirofiban für 24 Stunden und die duale antithrombozytäre Therapie aus ASS 100 mg und Clopidogrel 75 mg für zwölf Monate.

Patienten mit instabiler Angina pectoris blieben außen vor

■ **CardioVasc:** Patienten mit instabiler Angina pectoris, also jene ohne positiven Troponin-Nachweis, blieben in Ihrer Studie außen vor?

Thiele: Ja, das ist ein wichtiger Punkt, denn das war ein limitierender Faktor in den früheren Studien, die unterschiedlich viele Patienten mit instabiler Angina eingeschlossen haben, teilweise sogar bis zu 50%; es wurden alle Patienten mit Nicht-ST-Hebungs-Akuten Koronarsyndrom rekrutiert. Wir haben dagegen ausschließlich NSTEMIs eingeschlossen, also ein Hochrisikokollektiv. Alle mussten einen positiven Enzymmarker für kardiale Ischämie haben. Das spiegelt sich auch im relativ hohen GRACE-Risiko-Score unserer Patienten wider.

■ **CardioVasc:** Ihre Botschaft, die Nachtruhe wegen eines NSTEMIs nicht zu stören, wird auch von anderen Studien bestätigt?

Thiele: Ja, von der ABOARD-Studie; damit haben wir zwei Studien, die bestätigen, dass man nachts nicht aufstehen muss. Es gibt eine weitere Studie, die bereits sieben oder acht Jahre alte ISAR-COOL-Studie, die zu einer anderen Schlussfolgerung gekommen ist; aber die neueren Studien, die unter heute optimaler medikamentöser Therapie durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass man die Intervention in aller Ruhe auf den nächsten Tag verschieben kann.

Das Gespräch führte Jochen Aumiller. ■