

Heusch räumte ein, dass auch zwei negative Studien vorliegen, mochte diese aber nicht überbewerten, da auch in Essen die Tauglichkeit der PaD inzwischen bestätigt werden konnte und im anästhesistischen Alltag bei Herzoperationen umgesetzt wird.

Starke Argumente lieferte in diesem Jahr eine dänische Gruppe um Prof. Hans Erik Bøt-

ker. Ihr Ansatz: Ersthelfer im Krankenwagen unterbrechen bei der Hälfte der knapp 150 Studienteilnehmer die Blutzufuhr zum Arm mit einer Blutdruckmanschette, viermal für jeweils fünf Minuten. Nach Ankunft in der Klinik und nach 30 Tagen verglichen Bøtker und Kollegen den Effekt auf das Myokard. Die kurzzeitige Blutarmut bewahrte über zehn

Prozent mehr Gewebe davor, abzusterben (Bøtker HE et al. Lancet. 2010 Feb 27;375(9716):727-34). Nun wäre es wünschenswert, dass eine größere Studie den Effekt überprüft.

Kommentar von Heusch: „Vielleicht tun wir jetzt schon das Richtige, wenn wir im Krankenwagen möglichst oft den Blutdruck messen.“ (J.A.) ■



© photos.com PLUS

*Wann ist ein Patient alt? Es zählt mehr das biologische als das numerische Alter.*

**Die Frage taucht immer wieder auf: Sollen wir denn die sehr Alten noch quälen mit einer Revaskularisation, tun wir ihnen damit wirklich etwas Gutes? Prof. Uwe Zeymer, Ludwigshafen, durchsuchte seine Datensätze und meinte: Es kommt wesentlich auf das biologische Alter an, dann kann die Intervention zumindest die Lebensqualität verbessern.**

■ Generell ist klar: Mit dem Alter nehmen die Herz-Kreislauf-Risiken zu, das weiß jeder Risiko-Score. Wann aber sollte man zweimal überlegen, ob eine PCI sinnvoll ist? Mit dem Rentenalter (65), mit 70, 75 oder gar erst mit 80? Studien geben hierzu einen Fingerzeig. Mit 75 schnell das Sterblichkeitsrisiko nach PCI hoch. Deshalb, so Zeymer, kann man als Definition für den Terminus „alter Patient“ den Schwellenwert von über 75 nehmen.

In welchem Ausmaß therapeutische Strategien diesen alten Infarktpatienten tatsächlich helfen, lässt sich nicht so einfach evidenzgesichert belegen, denn dieses Kollektiv wird aus randomisierten klinischen Studien häufig ausgeschlossen. Aber auch

ohne Megastudien weiß man, dass die Rate an ischämischen und Blutungskomplikationen ansteigen, ebenso Komorbiditäten wie Niereninsuffizienz und Schlaganfall.

Speziell auf diese „Zielgruppe“ ausgerichtet war die Italienische „Elderly ASC Study“, die auf dem ESC in Paris vorgestellt wurde. Dabei wurde eine frühe invasive Strategie mit einer initial konservativen Behandlung verglichen. Von den 645 gescreenten Patienten schieden allerdings 322 vor der Randomisierung aus den vielfältigsten Gründen aus. Letztlich konnten in der Gruppe mit früh-aggressivem Vorgehen nur 154, in der konservativen Gruppe 159 Patienten analysiert werden. Bei 55 Patienten ist in der früh-aggressiven Gruppe eine Revaskularisation durchgeführt, nach einem Jahr waren es dann 51. In der konservativen Gruppe betrug die Zahl der Revaskularisationen 23 und stieg nach dem Beobachtungsjahr auf 31. Dabei erhielt, so Zeymer, die Konservative Gruppe eine optimale medikamentöse Therapie.

Primärer Endpunkt war ein Kompositus aus Tod, nicht-tödlichem Herzinfarkt, Schlaganfall und erneuter Hospitalisierung aus kardiovaskulären Gründen oder aber schwere Blutungen im Verlauf eines Jahres nach der Randomisierung.

Diesen Summationsendpunkt erreichten in der frühaggressiven Gruppe 43 Patienten (27,9%), in der konservativen Gruppe 55 (34,6%), ein nicht signifikantes Ergebnis ( $p = 0,26$ ), aber mit deutlichem Trend zugunsten des aggressiven Vorgehens.

Ein Parameter scheint bei der Therapieentscheidung besonders wichtig zu sein: das

Troponin. Patienten mit erhöhtem Troponin bei der Einweisung konnten sich über eine signifikante Reduktion des primären Endpunkts freuen, während normale Troponin-Werte ohne Auswirkung blieben.

Unterm Strich: Beide Strategien sind in etwa gleich gut, wenn die konservative Betreuung Revaskularisationen bei wiederholten Ischämien vorsieht.

### Das kalendarische Alter per se ist keine Kontraindikation

Und was sagen die deutschen Daten? Im Deutschen Herzinfarkt Register sind 25% der 4677 Patienten über 75. Sie übertreffen die unter 75-Jährigen in allen Komorbiditäten (mit Ausnahme des kardiogenen Schocks) hochsignifikant. Es dominierten auch die Frauen. Und der Zeitintervall zwischen Symptombeginn und medizinischem Erstkontakt lag bei 108 min im Vergleich zu den Jüngeren mit 87 min.

Alles in allem vertritt Zeymer die Auffassung, dass eine frühe aggressive Therapie den klinischen Verlauf bei akzeptablem Risiko verbessert, auch bei alten Infarktpatienten. Wichtig für die Strategie ist die Einschätzung des biologischen Alters, wobei Komorbiditäten wie Demenz eine wesentliche Rolle spielen wie auch das soziale Umfeld. Das numerische, kalendarische Alter per se sollte dagegen keine Kontraindikation für eine invasive Strategie sein.

Problematisch sind Patienten nach einer Reanimation und / oder einem kardiogenen Schock, hier scheint invasives Vorgehen mehr zu schaden als zu nutzen. (J.A.) ■

## Infarkttherapie des alten Patienten

# Wie aggressiv sollen wir sein?