

Koronarangioplastie: Übung macht den Meister

k -- Magid DJ, Calonge BN, Rumsfeld JS et al. Relation between hospital primary angioplasty volume and mortality for patients with acute MI treated with primary angioplasty vs thrombolytic therapy. JAMA 2000 (27. Dezember); 284: 3131-8

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Franz R. Eberli

Studienziele

Beim akuten Myokardinfarkt stehen als Reperfusionsmethoden die perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA, Balldilatation) und die Thrombolyse zur Verfügung. In den vorliegenden zwei Arbeiten wurde untersucht, inwieweit die Ergebnisse einer Koronarangioplastie von der Erfahrung des behandelnden Teams abhängen.

Methoden

In der ersten Studie wurden Ergebnisse von Koronarangioplastie und Thrombolyse retrospektiv miteinander verglichen, und zwar bei 62'299 Personen, die einen akuten Myokardinfarkt erlitten und bei denen beide Methoden eine gleichwertige therapeutische Option dargestellt hatten. Beteiligt waren 446 Spitäler, die man – abhängig davon, wie häufig pro Jahr Koronarangioplastien durchgeführt wurden – in drei Gruppen unterteilte: 112 mit weniger als 17 Koronarangioplastien, 223 mit 17 bis 48 und 111 mit über 48 pro Jahr.

In der zweiten Studie wurde anhand der Daten von über 160'000 Krankengeschichten der weitere Verlauf nach einer Koronarangioplastie untersucht. Dabei wurden unter 6'534 Ärzten und Ärztinnen sowie 1'003 Spitälern zwei Gruppen gebildet, in denen man die Angioplastieresultate verfolgte: eine erste Gruppe, die weniger Routine aufwies (Einzelpersonen mit weniger als 30 bzw. Team mit weniger als 80 Eingriffen pro Jahr) und eine zweite Gruppe mit mehr Routine (Einzelpersonen mit über 80 bzw. Team mit über 160 Eingriffen pro Jahr).

Ergebnisse

Gemäss der ersten Studie starben in Spitälern, in denen häufig Angioplastien ausgeführt wurden, während des Spitalaufenthaltes signifikant weniger Personen (3,4%) als nach einer Thrombolyse (5,4%). Für Spitäler mit einer mittleren Angioplastierate betrugen diese Zahlen 4,5 und 5,9%. Nur in Spitälern, wo selten Angioplastien vorgenommen wurden, war die Mortalität bei beiden Methoden ungefähr gleich (6,2 gegenüber 5,9%).

Die zweite Studie zeigte, dass nach einer PTCA durch Fachleute mit viel Angioplastie-Erfahrung in der Folge weniger Bypassoperationen nötig waren (bei 1,6%) als bei den weniger Erfahrenen (2,3%); ein Einfluss auf die Mortalität war hingegen nicht zu erkennen. Ging man vom Spital bzw. Kardiologieteam als Ganzem aus, so war die Mortalität in Spitälern mit einer hohen Angioplastierate kleiner (3,1%) als in den Spitälern

mit selteneren Angioplastien (4,3%). Bezüglich des kombinierten Endpunkts «Mortalität plus Zahl der Bypassoperationen» war der positive Effekt vermehrter Erfahrung klar zu erkennen, sowohl für einzelne Behandelnde als auch für die Teams. Zusätzlich zeigte sich, dass die Einlage eines Stents mit einer geringeren Mortalität und einer kleineren Anzahl Bypassoperationen verbunden war.

Schlussfolgerungen

Die Behandlungsergebnisse bei Koronarangioplastie nach akutem Myokardinfarkt sind um so besser, je mehr Erfahrung ein Kardiologieteam mit dieser Behandlungsmethode hat.(BW)

Diese zwei Artikel zeigen, dass die perkutane koronare Angioplastie eine exzellente Therapie sowohl der stabilen chronischen koronaren Herzkrankheit als auch des akuten Myokardinfarktes ist. Auch nach Einführung der Stents bringt sie in geübten Händen bessere Resultate als in weniger geübten Händen. Dies kommt vor allem dem Hochrisikopatienten zugute, der auch häufiger in Hochvolumenspitälern behandelt wird. Die Verbesserung kommt zum Teil durch eine bessere Vertrautheit und dementsprechenden richtigen Einsetzen der technischen Neuerungen gerade in schwierigen Situationen zustande. Ein wichtiger Faktor ist aber auch die Erfahrung des ganzen Behandlungsteams. Dies trägt zur schnellen Erkennung und Behandlung von Komplikationen vor und nach der PTCA bei. Besonders wichtig ist beim akuten Myokardinfarkt zudem die Zusammenarbeit der verschiedenen Teams (Notfall, Kardiologie, Intensivstation). Dies führt zu schnellen Patientenabläufen und schnellen Behandlungen und, wie die Myokardinfarktstudie zeigt, zu einer schnelleren, auch effektiveren und besseren Behandlung des Patienten.

Franz Eberli