

Akutes Koronarsyndrom: in welches Spital?

k -- Van de Werf F, Gore JM, Avezum A et al. Access to catheterisation facilities in patients admitted with acute coronary syndrome: multinational registry study. BMJ 2005 (26. Februar); 330: 441-4

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Erik von Elm

Kommentar: Bernhard Meier

Studienziele

In randomisierten Studien war die frühe invasive Behandlung bei akuten Koronarsyndromen einer Thrombolyse überlegen. Auf Grund der Daten eines multinationalen Registers («global registry of acute coronary events», GRACE) wurde jetzt untersucht, ob der Zugang zu einem Herzkatheterlabor im erstbehandelnden Spital das klinische Ergebnis beeinflusst.

Methoden

Zwischen April 1999 und März 2003 wurden in 106 Spitälern in 14 Ländern Daten von 28'825 Personen gesammelt, die mit einem akuten Koronarsyndrom eingewiesen worden waren. Untersucht wurde unter anderem, ob die Einweisung in ein Spital mit Herzkatheterlabor korreliert mit der Mortalität nach 1 und 6 Monaten, der Häufigkeit von Infarktrezidiven, Schlaganfällen und Blutungen nach 6 Monaten.

Ergebnisse

77% der Untersuchten wurden in Spitälern mit Herzkatheterlabor eingewiesen. Sowohl perkutane koronare Interventionen wie auch koronare Bypass-Operationen wurden in diesen Spitälern signifikant häufiger durchgeführt als in Spitälern ohne Herzkatheterlabor (41% gegenüber 4% bzw. 7 % gegenüber 1%). Die Mortalität während des Spitalaufenthalts («odds ratio» OR 1,13, 95%-CI 0,98–1,30) und während des ersten Monats («hazard ratio» HR 1,05, 95%-CI 0,93–1,18) unterschied sich nicht bei den beiden Typen von Spitälern. Hingegen war die Mortalität während der ersten 6 Monate in Spitälern mit Herzkatheterlabor signifikant höher (HR 1,14, 95%-CI 1,03–1,26), desgleichen waren Blutungskomplikationen (OR 1,94, 95%-CI 1,57–2,39) und Schlaganfälle (OR 1,53, 95%-CI 1,10–2,14) während des Spitalaufenthalts häufiger.

Schlussfolgerungen

Aus den prospektiv erfassten Daten dieses multinationalen Registers lässt sich kein Vorteil ableiten für die Erstbehandlung von akuten Koronarsyndromen in Spitälern mit Herzkatheterlabor gegenüber Spitälern ohne Herzkatheterlabor.

Zusammengefasst von Erik von Elm

«Für einen Mann mit einem Hammer sieht alles aus wie ein Nagel, der eingeschlagen werden muss». Was für Mark Twain galt, gilt auch für invasive Kardiologen. Eine Person mit instabilem Koronarsyndrom, die in ein invasives Spital überwiesen wird, wird koronarographiert und in den meisten Fällen auch dilatiert. Die GRACE-Studie zeigt, dass dies Risiken birgt, die auch nach einem halben Jahr noch nicht durch Verlaufverbesserungen aufgewogen sind. Stellt diese

Analyse eine Weiche? Mitnichten. Andere – randomisierte – Studien wie die DANAMI- und die PRAGUE-Studie zeigen, dass ein Direkt-Transfer in ein invasives Zentrum besser ist. Es macht Sinn, dass der grosse akute Myokardinfarkt am besten, effizientesten und kostengünstigsten durch eine direkte Koronarangioplastie behandelt wird. Eine Thrombolyse ist die zweitbeste Behandlung. Daneben gibt es akute Koronarsyndrome und kleine Infarkte, die eine relative Niederrisiko-Situation darstellen. Allzu aggressives Vorgehen wird sich hier zunächst allenfalls durch die Nebenwirkungen, kaum aber durch Nutzen bemerkbar machen.

Bernhard Meier