

Ein Beitrag von Prof. Dr. med. Ahmed Khattab, Medizinischer Leiter Cardiance Clinic, Pfäffikon.

Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit: Aus der Sicht eines Klempners

Interventionellen Kardiologen wird gelegentlich von anderen Medizinern unterstellt, die koronare Herzkrankheit „nur“ als eine verstopfte Leitung zu betrachten, die mit einer perkutanen Koronarintervention (Ballon und Stent) wieder durchlässig gemacht werden muss. Also reine Sanitärarbeit! Statistisch gesehen ist die perkutane Koronarintervention einer der am weltweit häufigsten medizinischen Eingriffe überhaupt¹. Dies führt zu gesundheitspolitischen Diskussionen über zu viele Herzkatheterlabore oder überflüssige Stenteingriffe. Das Problem liegt aber vielmehr in der Frage, wie wir das Outcome für die Patienten nach einer erfolgreichen perkutanen Koronarintervention langfristig verbessern können.



Mit der heutigen Expertise und der modernen Technologie im Bereich der interventionellen Kardiologie sind die Folgeereignisse nur zu einem kleinen Teil durch ein Stentversagen zu erklären. Grösstenteils sind sie bedingt durch ein unzureichend eingestelltes Risikoprofil der betroffenen

Patienten. Dies hat die RESOLUTE All - Comers Studie² mit über 2'200 Patienten gezeigt. Im Rahmen dieser Studie erlitten ca. 10% der Patienten innerhalb von zwei Jahren nach der Stentimplantation ein Stent-bezogenes Ereignis. Die doppelte Anzahl der Patienten erlitt ein Ereignis aufgrund einer mangelnden Sekundärprävention. (Abb. 1)

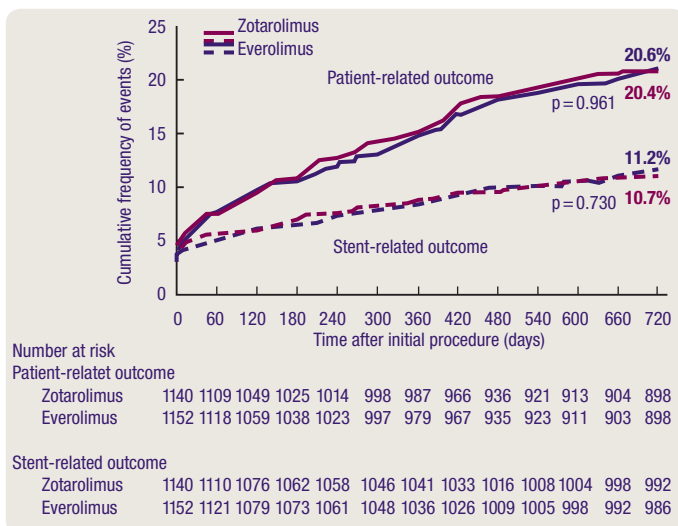


Abb. 1 Kumulative Häufigkeit Patient-bezogener und Stent-bezogener* Ereignisse bis zu 2 Jahren. Die Kurven Patient-bezogener (mangelnde Sekundärprävention) und Stent-bezogener Ereignisse streben im Zeitverlauf weiter auseinander.

*Zusammengesetzter Endpunkt: Kardiovaskuläre Mortalität, Myokardinfarkt im betroffenen Gefäss, Ischämie-induzierte Revaskularisation im betroffenen Gefäss.²

Eine effektive Sekundärprävention kann das Risiko von Folgeereignissen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit senken³. Diese kann am besten im Rahmen einer ambulanten kardialen Rehabilitation durchgeführt werden. Inhalte eines strukturierten multidisziplinären Rehabilitationsprogrammes sind:

1. Rauchstoppbegleitung
2. Analyse der Ernährungsgewohnheiten, Instruktion einer «herzfreundlichen» Ernährung und nachhaltige Gewichtsabnahme
3. Optimierung der medikamentösen Therapie zur Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren und zur Erreichung der empfohlenen Zielwerte (Antihypertensiva, Antidiabetika, Statine, Thrombozytenaggregationshemmer)
4. Kontrollierter Beginn eines regelmässigen körperlichen Ausdauertrainings, Instruktion der optimalen Trainingsintensität, Einführung ins Krafttraining und Entspannungsübungen
5. Erfassung und Behandlung psychosozialer Risikofaktoren, Stressmanagement
6. Information über den Zusammenhang von kardiovaskulären Risikofaktoren, Ernährungsgewohnheiten, regelmässiger körperlicher Bewegung und koronarer Herzkrankheit

Ambulante kardiale Rehabilitation nach elektiven perkutanen Koronarinterventionen

Der Nutzen einer kardialen Rehabilitation nach einem Herzinfarkt ist längst etabliert. Dementsprechend wird die Rehabilitation bei dieser Indikation meist empfohlen und von den Patienten angenommen. Anders sieht es nach elektiven Koronarinterventionen aus, also bei stabilen Patienten ohne Herzinfarkt, obwohl auch diese Indikation in den Leitlinien dringend empfohlen und von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet wird. In einer am Universitätsspital Bern durchgeführten Studie⁴ haben nur 13% der Patienten nach einer elektiven Koronarintervention an einer kardialen Rehabilitation teilgenommen. Entsprechend schlecht war die Risikokonstellation dieser Patienten innerhalb von 6 Monaten nach dem Eingriff: 35% noch aktive Raucher, 85% ohne jegliche Ernährungsberatung, 50% körperlich inaktive und 75% Übergewichtige.

Der Effekt einer kardialen Rehabilitation nach elektiven Koronarinterventionen ist beachtlich. Eine signifikante 47-prozentige Mortalitätssenkung im Vergleich zur Nichtteilnahme⁵ wurde über eine Beobachtungszeit von 6,7 Jahren nach elektiver Koronarintervention bei einer Rehabilitationsteilnahme in einem Patientenkollektiv von knapp 2'400 Patienten dokumentiert. Sicherlich trägt die Vereinfachung der heutigen Therapie zur Vernachlässi-

gung der Rehabilitation bei diesen Patienten bei. Immer weniger Patienten benötigen heutzutage eine Bypass-Operation und perkutane Koronarinterventionen können sogar bei komplexen Befunden häufig ambulant durchgeführt werden. Es fehlt also ein einschneidendes Erlebnis, das zur Lebensstilumstellung motiviert. Umso grösser ist unsere ärztliche Verpflichtung, auf die Notwendigkeit der Sekundärprävention hinzuweisen.

Empfehlung

Der Nachweis einer atherosklerotischen Erkrankung (koronar, peripher-vaskulär, zerebral) bedarf einer intensiven Intervention zur Risikoreduktion, unabhängig vom Vorliegen oder der Schwere eines klinischen Ereignisses. Nebst der medikamentösen Therapie bildet ein strukturiertes, multidisziplinäres, auf körperlichem Training basierendes Rehabilitationsprogramm dabei die nachhaltigste Intervention. Da die Atherosklerose ein chronischer Prozess ist, der in Schüben verläuft und den gesamten Arterienbaum befällt, sind lebenslange sekundärpräventive Massnahmen notwendig. Nur dadurch gelangen wir zum ganzheitlichen Therapieansatz.

Referenzen

1. Weiss AJ, Elixhauser A, Andrews RM. Characteristics of Operating Room Procedures in U.S. Hospitals, 2011. HCUP Statistical Brief #170. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (February 2014)
2. Silber S, Windecker S, Vranckx P, Serruys PW; RESOLUTE All Comers investigators. Unrestricted randomised use of two new generation drug-eluting coronary stents: 2-year patient-related versus stent-related outcomes from the RESOLUTE All Comers trial. *Lancet*. 2011;377:1241-7.
3. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute [published correction appears in *Circulation*. 2006;113(22):e847]. *Circulation*. 2006;113(19):2363-2372
4. Khattab AA, Knecht M, Meier B, Windecker S, Schmid JP, Wilhelm M, Saner H. Persistence of uncontrolled cardiovascular risk factors in patients treated with percutaneous interventions for stable coronary artery disease not receiving cardiac rehabilitation. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;743-9.
5. Goel K, Lennon RJ, Tilbury RT, Squires RW, Thomas RJ. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. *Circulation*. 2011;123:2344-52.