Koronare Bypass-Chirurgie

Auch bei über 75-Jährigen sicher ohne Herz-Lungen-Maschine

Bei älteren Patienten mit multiplen Komorbiditäten resultiert die elektive koronare Bypass-Chirurgie ohne Herz-Lungen-Maschine in ebenso guten 1- und 12-Monatsergebnissen wie der Eingriff mit Einschaltung eines externen Herz-Lungen-Kreislaufes.

On-Pump oder Off-Pump? Das ist eine Frage, über die Herzchirurgen schon lange debattieren. Frühe Studien konnten zeigen, dass die koronare Bypasschirurgie (CABG) bei selektierten Patienten mit niedrigem Risiko auch ohne Herz-Lungen-Maschine erfolgreich durchgeführt werden kann. Andere Studien zeigten, dass in erfahrenen Zentren die Resultate bei beiden Verfahren vergleichbar waren. Doch dann kamen Zweifel auf: In mehreren Studien war die Revaskularisation weniger komplett und die Rate erneuter Eingriffe höher, wenn Off-Pump operiert wurde.

In der Deutschen „Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting in Elderly Patients (GOPCABE)"-Studie wurden nun beide Vorgehensweisen bei Patienten über 75 Jahren miteinander verglichen. Die Studie sollte Antwort geben auf die Frage, ob Off-Pump auch bei Risiko-Patienten mit gleich guten Ergebnissen wie On-Pump durchgeführt werden konnte.

In die Studie einbezogen wurden 2539 Patienten im Durchschnittsalter von 78 Jahren, die sich einem ersten elektiven CABG-Eingriff unterzogen, wobei die Patienten konsekutiv rekrutiert wurden, ohne grosse Ausschlusskriterien. Primärer Studienendpunkt war die Kombination Tod, Schlaganfall, Herzinfarkt, erneuter Eingriff oder Dialyse nach 30 Tagen und nach 12 Monaten.

Bezüglich dieses Endpunktes erwiesen sich das Off-Pump und das On-Pump-Vorgehen als ebenbürtig: Nach 30 Tagen hatten 7,8% (Off-Pump) bzw. 8,2% (On-Pump) einen primären Endpunkt, nach 12 Monaten waren es entsprechend 13,1% und 14%. Erneute Revaskularisationen waren in der Off-Pump-Gruppe nach 30 Tagen etwas häufiger notwendig gewesen (1,3% vs. 0,4%), nicht jedoch nach einem Jahr. Die Verfahren waren sowohl in der Intention-to-Treat- als auch in der On-Treatment-Analyse gleichwertig. Das Off-Pump-Verfahren zeigte weder schlechtere Langzeit- noch bessere Frühergebnisse.

„Exzellente Ergebnisse"

Die Krankenhaussterblichkeit des Kollektives war mit 3,8% vorhergesagt worden. Tatsächlich betrug die 30-Tage-Mortalität 2,6% bzw. 2,8%. Somit bestätigen die Ergebnisse der GOBCABE-Studie die Position der „American Heart Association", derzufolge beide Prozeduren zu exzellenten Ergebnissen führen können. Diese hängen laut AHA letztlich ab von anderen Faktoren, etwa der Fähigkeit des Operateurs und der Qualität der Klinik.

WFR

Quelle: A. Diegeler, J. Börgermann, et al.; Off-Pump versus On-Pump Coronary-Artery Bypass Grafting in Elderly Patients. N Engl J Med 2013; 368: 1189–98

Chlorthalidon oder Hydrochlorothiazid

Erhalten Hypertoniker das richtige Diuretikum?

Nach den Ergebnissen einer Bevölkerungs-basierten Kohortenstudie sind die Diuretika Chlorthalidon und Hydrochlorothiazid in der initialen Hypertonie-Behandlung gleichwertig, wobei Chlorthalidon mit einem höheren Risiko für Hypokaliämien einhergeht.

Diuretika sind ein Grundbaustein der Hypertonie-Behandlung. In den Leitlinien der USA werden sie immer noch als Monotherapeutikum der Wahl angesehen. Niemals sollte eine Therapieresistenz der Hypertonie angenommen werden, bevor nicht auch ein Diuretikum Bestandteil der Therapie war.

In vielen grossen Hypertonie-Studien ist entweder Hydrochlorothiazid oder Chlorthalidon eingesetzt worden. Ersteres hat sich in der Verschreibungsroutine mehrheitlich durchgesetzt. Doch ist Chlorthalidon vielleicht besser? Es gibt Studien, die das nahelegen, so auch eine Netzwerkanalyse aus dem Jahr 2012 (Roush GC, et al.; Hypertension 2012; 59: 1110–17). Autoren aus Ontario/Kanada haben nun die beiden Diuretika im Rahmen einer „propensity score-matched" Kohortenstudie verglichen, wobei jedem Chlorthalidon-Patienten jeweils zwei vergleichbare HCTZ-Patienten gegenüber gestellt wurden. Es handelte sich ausschliesslich um ältere (über 66 Jahre) Patienten, die erstmals wegen Hypertonie behandelt wurden und die das jeweilige Diuretikum in Monotherapie erhielten. Akute oder subakute Herzkreislauferkrankungen waren Ausschlusskriterien. Primärer Endpunkt waren Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krankenhausaufnahme wegen Herzschwäche.

Insgesamt wurden knapp 30000 Patienten bis zu fünf Jahre lang beobachtet. Es fand sich kein Unterschied zwischen den Diuretika. Primäre Endpunkte traten bei 3,2 bzw. 3,4 pro 100 Patienten jährlich auf. Patienten unter Chlorthalidon wurden signifikant häufiger wegen Hypokaliämie oder Hyponatriämie hospitalisiert.

WFR

Quelle: I.A. Dhalla, T. Gomes, et al.; Chlorthalidone versus Hydrochlorothiazide for the Treatment of Hypertension in Older Adults. Ann Intern Med 2013; 158: 447–455