



Der herzkranke Diabetiker
Stiftung in der Deutschen Diabetes-Stiftung

ISCHEMIA – eine Herausforderung für Bildgebung und Therapie der stabilen koronaren Herzkrankheit (CCS), besonders bei Diabetikern

D. Tschöpe

Die gute Nachricht zuerst: Der Goldstandard der Therapie bei akuten Koronarsyndromen besteht in der unmittelbaren invasiven Herzkatheteruntersuchung mit dem Versuch der Wiedereröffnung des Infarktgefäßes. Dies gilt sowohl hinsichtlich kurzfristiger als auch längerfristiger Prognose bei Nichtdiabetikern und Diabetikern gleichermaßen. Die günstige Entwicklung der Überlebensraten von Infarktpatienten, gerade auch bei Diabetespatienten, dürfte diesem robusten Befund geschuldet sein.

Umfassende Neubewertung der invasiven Kardiologie

Die schlechte Nachricht: Wenn man diese Revaskularisierungsstrategie analog auf Patienten mit stabiler, aber schmerzsymptomatischer, koronarer Herzkrankheit – chronische Koronarsyndrome – anwendet, kann nicht von einer prognostischen Verbesserung oder gar einem Überlebensvorteil durch nachfolgende Revaskularisierung gesprochen werden. Diese Ergebnisse von ISCHEMIA (International Study of Comparative Health Effectiveness With Medical and Invasive Approaches), präsentiert auf dem zurückliegenden Treffen der amerikanischen Herzgesellschaft, haben Anlass zu einer umfassenden Neubewertung der invasiven Kardiologie, insbesondere in Deutschland, dem Land mit den höchsten Interventionsraten in Europa, gegeben. Dabei besteht nunmehr

Konsens, dass eine revaskularisierende Strategie (PCI [perkutane koronare Intervention] oder CABG [coronary artery bypass graft]) bei solchen Patienten keine prognostische Verbesserung mitbringt, wenngleich in Abhängigkeit der klinischen Beschwerdesymptomatik zumindest eine Symptomverbesserung erwartet werden kann – so der Tenor der aktuellen Zusammenfassung und Übersicht im Deutschen Ärzteblatt [Figulla 2020].

Vermessung des Koronarbefalls

Nachdem in der letztlich rekrutierten Studienkohorte, trotz eindeutig pathologischer Stresstests und nicht invasiver Bildgebung, ein Drittel der Patienten asymptomatisch war sowie insgesamt ca. 40 % der Kohorte als Diabetiker klassifiziert wurden, wirft die Studie natürlich im besonderen Maß zwei Fragen auf: 1. Was sind die Konsequenzen hinsichtlich Diagnostik und Therapie bei Diabetespatienten im Allgemeinen? Und 2. Was ist bei asymptomatischen Patienten im Besonderen für Diagnose und Therapie abzuleiten? Es ist davon auszugehen, dass gerade der Diabetes zu einer besonders symptomarmen koronaren Herzkrankheit beiträgt, aber andererseits ein besonders hohes Risiko von Patienten auch mit CCS (chronischem Koronarsyndrom) anzeigt. Hier ist vielleicht der Hinweis auf einen aktuellen Artikel in Nature Reviews von

Dewey M. et al. [Dewey 2020] wichtig, in dem die derzeit verfügbaren diagnostischen Optionen mit Blick auf eine funktionelle und morphologische Beschreibung des Koronarbefalls von Patienten zusammengefasst und in eine Handlungstabelle für indikationsstellende Ärzte, aber auch für Patienten, kondensiert werden. Dabei kann zusammenfassend gesagt werden, dass mit Echokardiographie, Myokardszintigraphie, SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography), PET-CT (Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie), Belastungs-MRT (Magnetresonanztomographie), Koronar-CT (Computertomographie), aber natürlich auch den invasiven Methoden, eine nahezu beliebig präzise Vermessung des Koronarbefalls erreicht werden kann. Es erscheint sinnvoll, für asymptomatische oder wenig symptomatische Patienten einen individuellen Diagnosealgorithmus zu finden, der sich idealerweise an der Vortestwahrscheinlichkeit, wie auch in den Leitlinien der europäischen kardiologischen Gesellschaft beschrieben, zu orientieren hat. Eine solche Strategie wurde bei Diabetikern mit Blick auf die DIAD (Detection of Ischemia in Asymptomatic Diabetics)-Studie in den zurückliegenden Jahren zurückhaltend bewertet, dürfte aber angesichts neuer technologischer Möglichkeiten und Daten, vor allem auch unter dem Gesichtspunkt von ISCHEMIA, neu interpretiert werden. Dabei ist dringend darauf hinzuweisen, dass sich die Ergebnisse der

genannten Untersuchungsverfahren in ihrer prognostischen Aussagekraft ergänzen und keinesfalls gegeneinander ausgespielt werden dürfen. Insbesondere ist die richtige Interpretation, z.B. der Ejektionsfraktion, der Perfusionstests sowie der strukturellen Bildgebung, vor dem Hintergrund der allgemeinen klinischen Situation des Patienten wegweisend.

Patienten beraten, gemeinsam Therapie abstimmen

Besonders bei herzkranken Diabetikern mit ihrer unklaren klinischen Betroffenheitslage hat der behandelnde Arzt die Schlüsselrolle, seine Patienten zu beraten und das weitere Vorgehen in Kenntnis dieser Zusammenhänge gemeinsam abzustimmen. Die Häufigkeit stummer Infarkte, das Vorhandensein von Hauptstammstenosen auch ohne Schmerzsymptome, die allgemein und weiterhin schlechte kardiale Gesamtprognose, insbesondere unter Einschluss der Dimension der Herzinsuffizienz, sind eine ausreichende Begründung für eine solche Vorgehensweise, um sich nicht vor dem Hintergrund der allgemeinen Ergebnisse von ISCHEMIA bei Menschen mit Diabetes mellitus und einer wenig symptomatischen, stabilen koronaren Herzkrankheit in therapeutischem Nihilismus zu verlieren.

Konservativ und interventionell Symptomverbesserungen

Wie in den vorlaufenden Studien (BARI2D [Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes] und COURAGE [Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation]) verbleibt gerade in einem erweiterten Spektrum therapeutischer Möglichkeiten die Frage nach der optimalen konservativen Strategie mit Medikamenten. Immerhin lassen sich auch bei herzkranken Diabetikern durch geeignete Maßnahmen sowohl konservativ als auch interventionell wünschenswerte Symptomverbesserungen erreichen. Wir begrüßen nach den Ergebnissen

von ISCHEMIA eine stärkere, pathophysiologisch orientierte, differenzialdiagnostische Bewertung der Situation herzkranker Diabetiker und die im Ärzteblatt von Figulla et al. formulierte Forderung nach einer stärker an Leitlinien ausgerichteten Indikationsstellung bei Menschen mit stabiler koronarer Herzkrankheit (CCS), um einerseits unbegründete Übertherapie („okulostenotischer Reflex“), andererseits aber auch therapeutischen Nihilismus bei diesen Patienten zu verhindern.

Literatur

1. Figulla HR, Lauten A, Maier LS, Sechtem U, Silber S, Thiele H: Perkutane Koronarintervention bei stabiler koronarer Herzkrankheit – Ist weniger mehr? Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 137-144
2. Dewey M, Siebes M, Kachelrieß M, Kofoed KF, Maurovich-Horvat P, Nikolaou K, Bai W, Kofler A, Manka R, Kozerke S, Chiribiri A, Schaeffter T, Michallek F, Bengel F, Nekolla S, Knaapen P, Lubberink M, Senior R, Tang MX, Piek JJ, van de Hoef T, Martens J, Schreiber L; Quantitative Cardiac Imaging Study Group: Clinical quantitative cardiac imaging for the assessment of myocardial ischaemia. Nat Rev Cardiol 2020 Feb 24. doi: 10.1038/s41569-020-0341-8. [Epub ahead of print]



*Prof. Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe
Kuratoriumsvorsitzender
Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“
E-Mail: info@stiftung-dhd.de*