

## Lebensqualität nach verzögerter Eröffnung einer verschlossenen koronaren Infarktarterie

Die COURAGE-Studie hat gezeigt, dass bei Männern mit stabiler Angina pectoris die interventionelle Behandlung der Koronarstenose keinen zusätzlichen Nutzen zur optimalen medikamentösen Therapie bringt. Wir haben darüber berichtet (1). Tod oder nicht-tödlicher Myokardinfarkt und Krankenhausaufnahme wegen eines akuten Koronarsyndroms waren in beiden Gruppen im weiteren Verlauf praktisch gleich häufig. Für Patienten mit stabiler Angina pectoris und guter „Lebensqualität“ ergibt sich somit zur Besserung der Prognose keine Indikation für koronare Interventionen. Auch bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt, bei denen die verschlossene Koronararterie – aus welchen Gründen auch immer – in der Akuttherapie nicht eröffnet wurde, besserte eine routinemäßige Rekanalisation innerhalb von 3-28 Tagen nach dem akuten Ereignis nicht die Prognose (2).

Es blieb allerdings bisher offen, ob bei einer generellen Rekanalisation innerhalb eines Monats möglicherweise sich wenigstens die „Lebensqualität“ verbessern lässt und welche Mehrkosten eine interventionelle Therapie im Vergleich zur medikamentösen verursacht. Zu dieser Frage wurde jetzt von derselben Arbeitsgruppe eine Nachuntersuchung von Patienten mit hohem Risiko veröffentlicht, bei denen drei bis 28 Tage nach einem Myokardinfarkt die Infarktarterie verschlossen war (3). Bei 951 Patienten wurde die „Lebensqualität“ mit entsprechenden Fragebögen (Duke Activity Status Index, Mental Health Inventory Score, Roses Questionnaires) und strukturierten Interviews vier, zwölf und vierundzwanzig Monate nach der Intervention ermittelt. Bei 458 der in den USA behandelten Patienten wurde auch die Kosteneffektivität der Behandlungen nach zwei Jahren berechnet.

**Ergebnisse:** Nach vier Monaten war nach *einer* der angewandten Analysemethoden die „Lebensqualität“ der interventionell behandelten Patienten etwas besser. Nach zwölf bzw. vierundzwanzig Monaten waren mit *allen* Untersuchungsmethoden die Ergebnisse allerdings ausgeglichen. Die Kosten der interventionellen Therapie waren nach zwei Jahren im Mittel um 7.000 US\$/Patient höher als die der medikamentösen Therapie. Anzumerken ist, dass die Patienten der OAT-Studie subakute und keine chronischen Koronarverschlüsse (CTO) hatten. Als CTO werden solche definiert, die länger als drei Monate bestehen. Die sehr aufwändige Rekanalisation kann bei Nachweis von vitalem Myokard im entsprechenden Versorgungsgebiet (Szintigrafie, MRI) im Einzelfall durchaus sinnvoll sein (ESC Guidelines 2006 Evidenzstufe IIa C; 4).

**Fazit:** Die routinemäßige, späte ( 28 Tage), interventionelle Eröffnung einer nach Myokardinfarkt verschlossenen Koronararterie ist auch hinsichtlich der „Lebensqualität“ im Zeitraum von zwei Jahren nach der Intervention nicht kosteneffektiv.

### Literatur

1. Boden, W.E., et al.: (COURAGE = **C**linical **O**utcomes **U**tilizing **R**evascularization and **A**ggressive **D**rug **E**valuation): N. Engl. J. Med. 2007, **356**, 1503. [Link zur Quelle](#)Vgl. AMB 2007, **41**, 39. [Link zur Quelle](#)
2. Hochman, J.S., et al. (OAT = **O**ccluded **A**rtery **T**rial): N. Engl. J. Med. 2006, **355**, 2395. [Link zur Quelle](#)
3. Mark, D.B., et al. (OAT = **O**ccluded **A**rtery **T**rial): N. Engl. J. Med. 2009, **360**, 774. [Link zur Quelle](#)
4. Guidelines for Percutaneous Coronary Interventions: Eur. Heart J. 2005, **26**, 804. [Link zur Quelle](#)