

# Akute koronare Herzkrankheit

Ein Kapitel aus dem Buch «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Benedict Martina, Matthias Pfisterer

## Bedeutung

■ Neue Infarkt-Diagnose: typischer Verlauf von Troponin und mindestens ein Kriterium von: typi-

scher Schmerz, EKG-ST-Veränderungen, neue Q im EKG, Koronarintervention. Aber: In der wichtigen (Troponin-negativen) Frühphase entscheiden Klinik und EKG.

■ Anstrengungsabhängiger Schmerz hat höchste prädiktive Wertigkeit für Angina-pectoris-Diagnose [1] (insbesondere bei Risikofaktoren).

## Definitionen

Akutes Koronarsyndrom	Herzinfarkt oder instabile Angina pectoris
Myokardinfarkt mit ST-Hebung	Anamnese: ischämischer Brustschmerz >30 Min. Dauer EKG: Nekrose/LSB neu, ST-T-Ablauf über mehrere Tage Enzyme/Troponin: typischer Ablauf
Myokardinfarkt ohne ST-Hebung	Anamnese: ischämischer Brustschmerz >30 Min. Dauer ST/T-Veränderungen, z.B. ST-Senkung, dazu gehört auch: Troponin-Erhöhung (DD u.a. Myokarditis, LE)
Instabile Angina pectoris	Neue AP und AP-Zunahme an: Dauer, Intensität, Häufigkeit, AP/ischämischer Brustschmerz in Ruhe, evtl. passager ST4 während des Schmerzes; Troponin-negativ
Typische Angina pectoris	Bei Anstrengung, auch Kälte, Aufregung; retrosternal mit Ausstrahlung in Schulter, Arm, Hals, Oberbauch; >5–15 Min. Dauer. Zwingt zum Anhalten, Nitro-reaktiv
Atypische Angina pectoris	Bezüglich Lokalisation oder Dauer nicht typisch, jedoch bezüglich Auslösung (2 Kriterien positiv)
Stumme KHK	Objektive Ischämie-/Infarkt-Zeichen ohne Schmerzen
Extrakardialer Thoraxschmerz	Keine typischen AP-Kriterien; flächenhaft brennend oder stechend, punktförmig, Dauer: Sekunden

## Differentialdiagnose der koronaren Herzkrankheit

Nicht-organisch /«funktionell»	Nicht fassbar, Hyperventilationssyndrom, Panikattacke
Thoraxwandschmerz	U.a. Kontusion, Fraktur, Insertionstendinose
Pulmonal und pleural	Tracheobronchitis, Pleuritis, Pneumonie, Lungenembolie, Tumoren, pulmonal-arterielle Hypertonie
Gastrointestinal	Gastroösophagealer Reflux, Hiatushernie, Ösophagusspasmen, Ösophagitis, Ulkuskrankheit, Meteorismus, biliär, Pankreatitis
Kardial	Koronare Herzkrankheit, Perikarditis, Koronarspasmen, mikrovaskuläre Angina
Neural	Neuralgien, Diskushernie
Aortal	Aortenaneurysma oder -dissektion

## Vorgehen

■ EKG ist Standard für Diagnose und bester Herzinfarkt-Prädiktor bei Aufnahme [2, 3].

■ Enzyme inkl. Troponin bei Eintritt und nach 6 Stunden bestimmen.

■ Risiken für instabile AP/Non-ST-elevation-Infarkt: Alter ≥65 J., ≥3 RF, KHK-Anamnese, Aspirin in letzter Woche, ≥2 AP innert 24 Std., ST-Veränderungen, erhöhte Marker.

**Thoraxschmerz und Infarkt diagnose: Erstwerte auf Notfallstation [4]**

	Sensitivität (in %)	Spezifität (in %)
Troponin T	64	73
CK-MB-Masse	60	74
Myoglobin	50	91
CK-MB-Aktivität	35	87
CK-Aktivität	40	86
>10 Std. nach Schmerzbeginn, alle	bis 100	60–80

Bei negativem Troponin 6 Stunden nach Schmerzbeginn sind koronare Ereignisse im folgenden Monat fast ausgeschlossen [5].

**Vorgehen/Therapieeinleitung [6]**

- Schnelle Hospitalisation (allein bei Verdacht; kein weiteres EKG oder Labor abwarten, keine i.m.-Injektionen wegen Diagnostik und evtl. Lyse).
  - Sofort 250 mg ASS i.v. (Aspirin p.o.) und Schmerztherapie (Nitrate, Morphin).
  - Clopidogrel 300 mg einmalig p.o., O<sub>2</sub>, Beta-blocker falls keine Kontraindikation primär p.o., Enoxaparin oder Dalteparin bei Non-ST-Hebung-Infarkt oder instabiler AP (zusätzlich IIb-/IIIa-Antagonisten bei hohem Risiko), unfraktioniertes Heparin bei Niereninsuffizienz, Heparin bei ST-Hebung-Infarkt, innert 24 Std. Statine, ACE-Hemmung ab 2. Tag bei LV-Dysfunktion.
- Im Spital Monitor und umgehende Verlegung auf Herzstation (keine Lyse-Verzögerung, Gesamtsituation beachten, primär Akut-PTCA).
- Kardiobil-Einweisung direkt auf Herzstation.
- Ausschluss akute koronare Herzkrankheit ebenfalls auf Herzstation oder auf Notfallstation durch Enzymdiagnostik (inkl. Troponin) und EKG bei Aufnahme und im Verlauf (6–10 Stunden nach Schmerzbeginn).

**Information**

- 1 Lampe FC, Whincup PH, Wannamethee SG, Ebrahim S, Walker M, Shaper AG. Chest pain on questionnaire and prediction of major ischaemic heart disease events in men. *Eur Heart J* 1998;19:63–73.
- 2 Bakker AJ, Koelmeij MJ, Gorgels JP, van Vlies B, Smits R, Tijssen JG, Haagen FD. Troponin T and myoglobin at admission: value of early diagnosis of acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1994;15:45–53.
- 3 Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatt GH, Smiel DL. The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998;280:1256–63.
- 4 Bakker AJ, Koelmeij MJ, Gorgels JP, van Vlies B, Smits R, Tijssen JG, Haagen FD. Failure of new biochemical markers to exclude acute myocardial infarction at admission. *Lancet* 1993;342:1220–2.
- 5 Hamm CW, Goldmann BU, Heeschen C, Berger J, Meinertz T. Emergency room triage of patients with acute chest pain by means of rapid resting for cardiac troponin T or troponin I. *N Engl J Med* 1997;337:1648–53.
- 6 Prasad A, Mathew V, Holmes DR Jr, Gersh BJ. Current management on non-ST-segment-elevation acute coronary syndrome: reconciling the results of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2003;24:1544–53.

Auszug aus: Benedict Martina, Edouard Battegay, Peter Tschudi (Hrsg.) Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006 119 Seiten. Fr. 20.– / EUR 14.– ISBN 978-3-7965-2262-8

Infos und Bestellung unter [www.emh.ch](http://www.emh.ch).