Angina pectoris im Alter – hinnehmen, eindämmen oder aggressiv abklären?

Bericht von einem Workshop am SGAM-Kongress 2006 in Basel[1]

Christoph Kaiser, Rudolf Ott

Die Erfassung der Angina pectoris (AP) bei älteren Menschen aufgrund der Anamnese ist nicht ganz unproblematisch, und dennoch ist die Befragung entscheidend: Die auslösenden Faktoren wie körperliche Belastung, Kälte und psychischer Stress sowie das prompte Abklingen nach der Beruhigung sind ebenso typisch wie viszerale, dumpfe Schmerzen mit Druck- und Engegefühl im Thorax, eventuell im Oberbauch, die bis in Hals, Kiefer und Arme ausstrahlen. Stechende Schmerzen sind nicht auf eine AP zurückzuführen. Die Schmerzdauer darf 15 Minuten nicht übersteigen und soll auf Nitroglycerin prompt ansprechen. Schwieriger wird es, wenn Dyspnoe, Müdigkeit und Leistungsintoleranz eine AP kaschieren, ganz zu schweigen von stummen Ischämien.

Der Referent Christoph Kaiser schlug für die nichtinvasive Abklärung bei älteren Menschen folgendes Vorgehen vor, wobei die Beurteilung der Vortestwahrscheinlichkeit in der Hausarztpraxis zu erfolgen hat:

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem bereits im Ruhezustand veränderten EKG die Ergometrie eventuell keine gültige Aussage erlaubt. Die Erfahrungen mit invasiven Abklärungen bei diesen Patienten haben die Kardiologen des Universitätsspitals Basel zusammen mit ihren Fachkollegen aus der Region in der TIME-Studie («Trial of Invasive versus Medical therapy in the Elderly») [1] untersucht. Insgesamt wurden 301 Patienten im Alter von über 75 Jahren, die trotz einer Behandlung mit mindestens zwei Antianginosa eine persistierende AP (CCS >2)[2] aufwiesen, randomisiert. Von diesen wurden 148 Patienten allein auf medikamentösem Weg durch eine Erhöhung der bestehenden Medikation (55%) und/oder die Zugabe eines weiteren Medikamentes (80%) behandelt. Die anderen 153 wurden koronarographiert und wenn möglich revaskularisiert.

Die Lebensqualität war bei den invasiv Behandelten anfänglich deutlich besser, am Ende des vierjährigen Follow-up bestanden jedoch keine Unterschiede mehr. Die klinischen Endpunkte wie Tod und Myokardinfarkt lagen ebenfalls im gleichen Bereich, in der invasiven Gruppe waren jedoch signifikant weniger Hospitalisationen zu verzeichnen, was sich natürlich auf die Kosten auswirkte: Diese lagen bei den invasiv Behandelten am Anfang deutlich höher, glichen sich bis zum Ende der Beobachtungsphase aber aus. Effektiv revaskularisierte Patienten profitierten im Vergleich zu den medikamentös behandelten sowohl hinsichtlich der Lebensqualität als auch der klinischen Ereignisse und Mortalität in hohem Mass.

Aufgrund dieser Daten folgerte Christoph Kaiser, dass älteren Patienten, die trotz einer ausgebauten antianginösen Therapie weiterhin an einer AP leiden, eine Koronarographie und wenn möglich eine Revaskularisation nicht vorenthalten werde sollte.

Anhand der vom Hausarzt Rudolf Ott aus seiner Praxis vorgestellten Fälle wurden die verschiedenen Aspekte der Abklärung und Zusammenarbeit mit den Zentren diskutiert. Gestützt auf eine Studie aus Israel wurde aufgezeigt, dass die richtige Anwendung der Antianginosa durch die Patienten entscheidend ist und entsprechender Instruktionen von Ärzten und Apothekern bedarf. Es gilt auch zu überlegen, ob die teuren transdermalen Applikationen immer das einzig Richtige sind.

Als Neuigkeit konnte Christoph Kaiser mitteilen, dass revaskularisierten Patienten ein Pass abgegeben wird, in dem vermerkt ist, wie lange in Abhängigkeit von den verwendeten Stents Clopidogrel zusammen mit ASS zu applizieren sind.

Tabelle 1
Nichtinvasive Diagnostik.

Klassische Klinik, hohe Vortestwahrscheinlichkeit	Keine Abklärung
Unklare Klinik, tiefe Vortestwahrscheinlichkeit, normales Ruhe-EKG, Patient belastbar	Ergometrie
Unklare Klinik, tiefe Vortestwahrscheinlichkeit, abnormales Ruhe-EKG, Patient nicht belastbar	Bildgebender Ischämienachweis
(Vor Koronarangiographie/ Revaskularisation)	(Bildgebender Ischämienachweis)

1 Workshop D 8, 23. September 2006. Leitung: PD Dr. med. Christoph Kaiser und Dr. med. Rudolf Ott.
2 CCS: Stadien nach der Einteilung der Canadian Cardiology Society.

Christoph Kaiser richtete auch einen dringenden Appell an Chirurgen, Anästhesisten und Zahnärzte, diese Thrombozytenaggregationshemmer während der vorgeschriebenen Zeit nicht zu reduzieren, da dies für die Patienten fatale Folgen haben kann.

1 Claude C, Schindler C, Kuster GM, et al. Trial of Invasive versus Medical therapy in the Elderly (TIME) Investigators. Cost-effectiveness of invasive versus medical management of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease. Findings of the randomized trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic angina (TIME). Eur Heart J. 2004;25(24):2195–203.

PD Dr. med. Christoph Kaiser
Leiter des Kardiologischen Labors
Universitätsspital
Petersgraben 4
4031 Basel
ckaiser@uhbs.ch

Dr. med. Rudolf Ott
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Langgartenstrasse 2
4105 Biel-Benken
praxis-ott4105@hin.ch

WONCA 2007 IN PARIS

www.woncaeurope2007.org

REGISTRATION	Up to June 30, 2007	From July 1st, 2007	From September 7, 2007	On site
CNGE Members	450 €	450 €	650 €	700 €
Wonca Direct Members	650 €	750 €	800 €	850 €
Delegates	700 €	800 €	850 €	900 €
Residents, Students and Juniors	320 €	350 €	370 €	390 €
Accompanging persons	210 €	210 €	210 €	260 €

Wer an den Wonca-Kongress 2007 in Paris gehen möchte, sollte sich jetzt anmelden. Ab September werden die Teilnahmegebühren steil ansteigen.

Das SGAM-Sponsoring gilt auch für diesen Wonca-Kongress. Näheres zu den Bedingungen in PrimaryCare Heft 22 (www.primary-care.ch).

Bruno Kissling, Wonca-Delegierter für die Schweiz