

Das akute Koronarsyndrom

Prim. Priv. Doz. Dr. Georg Delle Karth

Institut für kardiovaskuläre und intensivmedizinische Forschung

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind die Todesursache Nummer 1 in Europa, auch in Österreich. Eine Hauptursache ist die koronare Atherosklerose. Bei der Entwicklung chronischer Koronarsyndrome gibt es eine subklinische Phase, die durch das akute Koronarsyndrom unterbrochen werden kann. Dieses manifestiert sich unterschiedlich - auch durch den plötzlichen Herztod. Wenn ein akutes Koronarsyndrom überstanden ist, ist die Prognose durch Re-Vaskularisation und sekundäre Prävention gut. Sowohl ein gesunder Lebensstil als auch die Einnahme von Medikamenten, die den Blutdruck und das LDL-Cholesterin senken, können den Verlauf gut beeinflussen. Auch die richtige Revaskularisationsmethode kann den Verlauf gut beeinflussen.



„Auch die richtige Revaskularisationsmethode kann den Verlauf gut beeinflussen.“

Bei einem STEMI - einem Herzinfarkt mit ST-Hebung - zählt die Zeit, ganz nach dem Motto: Zeit ist Muskel. Die Richtlinien besagen, dass von der Erstdiagnose - definiert durch das erste EKG am Patienten mit Brustschmerzen - bis zur Drahtpassage des Gefäßverschlusses nicht mehr als 100 Minuten vergehen sollen. Wenn diese Zeit nicht eingehalten werden kann, sollte innerhalb von zehn Minuten eine Thrombus-auflösende Therapie gegeben werden. Aber auch zwölf Stunden nach einem Infarkt ist es noch immer sinnvoll, Patienten in das Katheterlabor zu bringen, auch wenn der zu rettende Muskelanteil geringer ist. Probleme bereiten Patienten mit völlig atypischen Beschwerden, da diese üblicherweise erst später behandelt werden. Allerdings ist entgegen häufiger Annahmen die typische Infarkt-Symptomatik von Männern und Frauen nicht so unterschiedlich, Frauen haben bloß eine noch ausgeprägtere vagale Symptomatik mit Übelkeit und Schwäche.

Das Ziel der Intervention ist die möglichst ideale Wiederherstellung des Blutflusses. Je schlechter der Fluss bei Ende der Intervention, desto höher die Sterblichkeit. Daher muss einerseits durch Medikamenten-beschichtete Stents, andererseits durch die Medikation (v.a. Aspirin, P2Y12-Inhibitoren) ein idealer Blutfluss wiederhergestellt werden. Wenn während der Intervention eine weitere Engstelle gefunden wird, zeigen Studien, dass es Sinn macht, diese Engstellen ebenfalls zu behandeln, denn dadurch kann die Myokardinfarktrate reduziert werden. Eine weitere Studie zeigt, dass ein Radialzugang bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom die Sterblichkeit reduziert, allerdings nur in geübten Zentren. Komplizierte Infarkte, bei denen die Patienten bereits im Schockzustand sind, können mit Kreislauf-unterstützender Therapie im Katheterraum behandelt werden.

Beim Nicht-ST-Hebungsinfarkt ist die Zeit bis zur Behandlung auch wichtig; üblicherweise bleibt aber mehr Zeit als bei ST-Hebungsinfarkten. Patienten können hier über das Beschwerdebild, das EKG und die Troponin-Diagnostik Risiko-stratifiziert werden. Hoch-Risiko-Patienten sind ähnlich zu behandeln wie Patienten mit ST-Hebungsinfarkt; sie sollten innerhalb von 24 Stunden im Katheterlabor versorgt werden. Für Patienten mit mittlerem beziehungsweise niedrigem Risiko kann eine längere Beobachtung bis zum Eingriff oder überhaupt eine weitere Untersuchung im ambulanten Bereich möglich sein. Alle Patienten sofort im Katheterlabor zu behandeln, hat in Studien keinen Vorteil in Bezug auf ischämische Endpunkte gezeigt. Daher ist eine Risikostratifizierung notwendig. Auch Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt brauchen eine Plättchentherapie mit Aspirin und P2Y12-Inhibitoren beziehungsweise anderen Inhibitoren.