Akutes Koronarsyndrom

VON FLORIAN KRÖTZ, VOLKER KLAUSS

Ein 52-jähriger Mann ruft den ärztlichen Notdienst, da er seit den frühen Morgenstunden einen retrosternalen Schmerz spürt, der nun auch in den Unterkiefer und zwischen die Schultern ausstrahlt. In den letzten Tagen trat bereits mehrfach ein ähnlicher Brustschmerz auf, der aber nach kurzer Zeit immer wieder von selbst verschwand. Seit drei Stunden ist er nun konstant. Der Patient berichtet, berufsbedingt kaum Sport treiben zu können und seit der Ausbildung zu rauchen. Bisher ist er immer gesund gewesen.

Abbildung 1

Vorgehen bei V. a. akutes Koronarsyndrom

Sofortdiagnostik

Aufgrund der typischen Schmerzlokalisierung, der Risikokonstellation und der typischen Anamnese mit Präinfarktangina muss an ein akutes Koronarsyndrom gedacht werden.

- Sie prüfen die Vitalparameter und veranlassen schnellstmöglich mittels Notarztwagen die Einweisung in eine Klinik, in der eine 24-Stunden-Herzkatheterbereitschaft (PCI-Bereitschaft) besteht.

- Zur Therapieplanung ist es wichtig, dass so schnell wie möglich (im Optimalfall im Notarztwagen) ein 12-Kanal-EKG geschrieben wird. Dieses sollte innerhalb von zehn Minuten von einem interventionellen Kardiologen beurteilt werden (Telemetrie). Die Differenzierung zwischen akutem Koronarsyndrom mit oder ohne ST-Hebung (STE-ACS, STEMI bzw. NSTEMI-ACS, NSTEMI) muss sofort erfolgen.

- Zeigt sich im EKG eine ST-Hebung oder ein bisher nicht bekannter Linkschenkelblock, besteht ein ST-Hebungsinfarkt (STE-ACS, ST-elevation acute coronary syndrome), dem meist ein akuter thrombotischer Koronarverschluss zugrunde liegt. Vordringliches

Ziel ist hier die schnelle Revaskularisierung mittels perkutaner koronarer Intervention („Time is muscle“) ohne weitere verzögernde Maßnahmen (Laborwerte nicht abwarten!).

- Auch wenn keine ST-Hebung im 12-Kanal-EKG vorliegt, muss der Patient schnellstmöglich in eine Klinik mit PCI-Bereitschaft transportiert werden. Dort muss dann laborchemisch und anhand des EKGs geklärt werden, ob dennoch ein ACS oder eine andere Ursache des akuten Thoraxschmerzes vorliegt.

Sofortmaßnahmen

- STE-ACS und NSTEMI-ACS: Sicherstellung stabiler Vitalparameter durch entsprechende Maßnahmen, Oberkörperhochlage, Sauerstoffgabe, ASS 250–500 mg i.v., Clopidogrel 600 mg oder Prasugrel 60 mg p.o.

- STE-ACS zusätzlich: Analgesie (Opiode), Heparin i.v. (5000 IE), evtl. Abciximab i.v., evtl. Bivalirudin.

- NSTEMI-ACS zusätzlich: Betablocker (alternativ evtl. Kalziumantagonisten, keine Dihydropyridine!); Nitrate; Heparin, Enoxaparin, Bivalirudin oder Fraxiparin (bei nicht invasiver Strategie).

Weiterer Verlauf

- Wenn innerhalb von zwei Stunden ein Transport in ein Krankenhaus (mit PCI-Bereitschaft) möglich ist, muss dieser erfolgen.

- Ist dies nicht möglich, ist beim STE-ACS eine Lysetherapie zu erwägen. Auch bei erfolgter Lyse ist in jedem Fall eine invasive Abklärung indiziert, bei erfolgreicher Lyse (ST-Hebung verschwindet) innerhalb von 24 Stunden, bei erfolgloser Lyse innerhalb von zwölf Stunden nach Symptombeginn.

- Beim NSTEMI-ACS muss in der Klinik anhand des klinischen Bildes (Enzyme, EKG-Veränderungen) und der Risikokonstellation (Scores) entschieden werden, ob ein dringliches oder ein früh elektives interventionelles Vorgehen indiziert ist oder ob eine konservative Therapiestrategie verfolgt werden kann.

Für die Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. Florian Krötz, Kardiologie, Medizinische Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität, Ziemssenstr. 1, D-80336 München, E-Mail: florian.kroetz@med.uni-muenchen.de

Koautor: Prof. Dr. med. Volker Klauss, München