Akutes Koronarsyndrom

Die koronare Herzerkrankung (KHK) und die Komplikation eines akuten Koronarsyndroms (ACS) mit seinen 3 Entitäten instabile Angina pectoris, NSTEMI und STEMI wird auch weiterhin die Erkrankung mit der höchsten Morbidität und Sterblichkeit in westlichen Ländern bleiben. Insbesondere bei der Diagnostik und der Therapie des ACS, sowohl interventionell als auch in der medikamentösen Begleittherapie, gibt es typischerweise jedes Jahr einen rasanten Wissenszuwachs durch multiple randomisierte sowie auch Registerstudien. Hier kann man auch als aktiver Beobachter aller Publikationen in diesem Feld kaum noch den Überblick über alle Neuerungen bewahren. Wir haben versucht, diesem Umstand durch die Auswahl von spezifischen Übersichtsartikeln zu verschiedenen Themengebieten des ACS entgegenzuwirken.

Von der Arbeitsgruppe um Prof. Christian Müller werden die aktuellen Biomarker für die Diagnosestellung und, noch wichtiger, zum schnellen Ausschluss eines ACS beleuchtet. Die neuen hochsensitiven Troponine und auch möglicherweise Copeptin leisten bereits bzw. werden hier einen wichtigen Beitrag insbesondere zum früheren Ausschluss und somit zur sicheren frühzeitigen Entlassung von Nicht-ACS-Patienten leisten.

Dass die primäre perkutane Koronarintervention (PCI) der Thrombolyse vorzuziehen ist, ist durch multiple Studien und Metaanalysen eindrucksvoll belegt und dementsprechend auch in den Leitlinien mit einer entsprechend hochrangigen Empfehlung verankert. In den letzten Jahren wurde vermehrt auf die zeitliche frühe Reperfusion und das Erreichen einer kurzen „Door-to-balloon“-Zeit Wert gelegt. Die Wichtigkeit der zeitlichen Reperfusion, wo die „Door-to-balloon“-Zeit nur einen Parameter in der Gesamtzeit der Reperfusion darstellt, wird von den

dänischen Kollegen um Dr. Terkelsen beleuchtet. Durch die exzellenten Register in Dänemark konnten hier in den letzten Jahren sehr wichtige Daten gesammelt werden.

Oft wird der NSTEMI als der kleine Infarkt angesehen, und von vielen wird aufgrund der ähnlichen kausalen Ursache beim NSTEMI im Vergleich zum STEMI eine ebenso zeitnahe Reperfusion beim STEMI gefordert. Das führte in den letzten Jahren oft zu lebhaften Diskussionen, ob jeder beschwerdefreie NSTEMI auch nachts sofort kathetert werden muss oder ob dies auch erst am nächsten Morgen durch einen ausgeschlafenen invasiven Kardiologen gemacht werden kann. Die aktuelle Datenlage zu diesem Thema wird durch Dr. Jobs und Kollegen aus Lübeck analysiert. Ich kann Sie beruhigen: Man muss nicht jeden NSTEMI sofort kathetern. Aber lesen Sie den exzellenten Artikel, bevor Sie sich ein abschließendes Bild machen.

Die PCI allein hat sich in den letzten Jahren natürlich auch weiterentwickelt. Das betrifft vor allem die Wahl des arteriellen Zugangswegs, die Stentauswahl, die Frage Thrombektomie oder keine Thrombektomie und auch die eventuell zusätzliche Behandlung von Stenosen, die nicht das Infarktgefäß darstellen. Dr. Boeder, Prof. Hamm und Prof. Nef aus Bad Nauheim geben Ihnen hier einen aktuellen Überblick über die Datenlage.

Zur Behandlung des ACS – ob konservativ oder interventionell – gehört natürlich auch die optimale medikamentöse Begleittherapie mit Plättchenhemmern und einer Antikoagulation. Durch die Vielzahl der zur Verfügung stehenden Medikamente und die entsprechend häufige Kombination aller möglichen Therapiestrategien ergibt sich eine recht unübersichtliche Datenlage. Frau Dr. de Waaha und Kollegen bringen hier Licht in den

Dschungel der Daten und zeigen aktuelle Leitlinienempfehlungen auf.

Zu guter Letzt widmet sich die Übersichtsarbeit der Leipziger Kollegen um Dr. Färnau der immer noch schlimmsten Komplikation des ACS – der Entwicklung und der Therapie des kardiogenen Schocks. Die Datenlage beim kardiogenen Schock wird, auch wenn es nicht sehr viele randomisierte Studien gibt, umfassend in Bezug auf die Revaskularisationsmethode, die medikamentöse und auch die mechanische Begleittherapie dargestellt.

Ich hoffe, dass Sie viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe von *Herz* haben werden.

Holger Thiele

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Thiele

Medizinische Klinik II (Kardiologie/Angiologie/
Intensivmedizin), Universität Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
holger.thiele@uksh.de

Interessenkonflikt. H. Thiele gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.