Diagnose und Einweisungskriterien präzisiert

Neue Leitlinie Perikarditis

Patienten mit akuter Perikarditis und niedrigem Risiko können ambulant therapiert werden und benötigen auch keine sofortige Ursachenabklärung mit allen Mitteln. Bei der Behandlung stehen ASS, NSAR und Colchicin im Vordergrund.

— Elf Jahre ist es her, dass die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zum letzten Mal eine Leitlinie für Diagnose und Behandlung von Patienten mit Perikarditis veröffentlicht hat. Jetzt gibt es eine neue, die einigen wichtigen klinischen Studien des letzten Jahrzehnts Rechnung trägt. „Noch immer haben wir bei der Perikarditis aber keinerlei spezifisch zugelassene Medikamente. Alles, was wir einsetzen, ist off-label“, betonte Prof. Antonio Brucato, Bergamo.

Risikokonstellation entscheidet über Einweisung

Eine akute Perikarditis kann diagnostiziert werden, wenn zwei der folgenden vier Kriterien erfüllt sind:

- Perikarditische Brustschmerzen
- Perikardiale Reibegeräusche in der Auskultation
- Neue, nicht streng regional zuzuordnende ST-Hebungen oder PR-Senkungen im EKG.
- Neuer oder sich verschlechternder Perikarderguss.

Entzündungsmarker und Bildgebung können zusätzliche Informationen liefern, sind für die Diagnose aber nicht zwingend. Fast relevanter als die eigentliche Diagnose ist die Frage, welche Patienten hospitalisiert werden sollten und wer wann das volle diagnostische Programm bei der akuten Perikarditis erhalten sollte.

Neuer Algorithmus für Triage

Für diese Triage gibt es in der Leitlinie einen neuen Algorithmus. Er besagt, dass Patienten immer dann hospitalisiert werden sollten, wenn eine spezifische

Ursache sehr wahrscheinlich ist. Das betrifft vor allem Tuberkulose, systemische rheumatische Erkrankungen und Neoplasien. Stationär sollten auch Patienten mit zumindest einem Marker für eine schlechte Prognose behandelt werden, darunter Fieber über 38 °C, subakuter Verlauf, großer Perikarderguss und Herzbeuteltamponade.

Bei allen anderen Patienten wird zumindest in den entwickelten Ländern primär eine virale Genese angenommen.

Weitergehende Untersuchungen und eine Krankenhauseinweisung sind erst nötig, wenn die Patienten auf eine leitliniengemäße medikamentöse Therapie innerhalb einer Woche nicht ansprechen.

Erste Schritte zu mehr evidenzbasierter Therapie

In der Therapie hat Colchicin heute einen festen Stellenwert, weil es die Rezidivrate senkt, so Prof. Massimo Imazio, Turin. Konkret werden 750–1.000 mg ASS alle acht Stunden, alternativ 600 mg Ibuprofen alle acht Stunden empfohlen, dazu ein Magenschutz. ASS oder Ibuprofen werden mit Colchicin 0,5 mg einmal bzw. bei Menschen über 70 kg zweimal am Tag kombiniert.

Schlägt die Therapie an, werden die Entzündungshemmer nach ein bis zwei Wochen schrittweise ausgeschlichen und Colchicin nach drei Monaten abgesetzt. „Die genaue Behandlungsdauer sollte von der Symptomatik und von CRP-Messungen abhängig gemacht werden“, so Imazio.

Steroide kommen lediglich dann ins Spiel, wenn die Entzündungshemmer nicht anschlagen oder wenn eine Infektion ausgeschlossen werden kann wie bei Patienten mit Autoimmunerkrankungen. Die Steroide sollten allerdings niedrig dosiert werden (0,2–0,5 mg/kg/d). Die Empfehlung geht zurück auf eine randomisierte Studie, in der die Sterblichkeit bei hoch dosierter Steroidtherapie höher war als bei niedrig dosierter Steroidtherapie.

■ Philipp Grätzel

„Die Virusperikarditis verläuft üblicherweise unkompliziert und kann ambulant behandelt werden“, so Brucato. CRP und Blutbild sollten abgenommen, außerdem Leber- und Nierenwerte sowie die Herzenzyme kontrolliert werden. Standard bei der Bildgebung sind EKG, Echokardiografie und Thorax-Röntgen.

■ ESC 2015; Session ESC Guidelines – Pericardial Diseases; 1. September 2015