Das Bessere ist der Feind des Guten

Neue Leitlinie für NSTEMI-ACS

Die Versorgung von Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom ist eine der häufigsten Herausforderungen im klinischen Alltag. 2011 wurden von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) neue Leitlinien für das Management von Patienten mit ACS ohne ST-Hebungsinfarkt herausgegeben.

„Leitlinien sind nur Handlungsanweisungen wie Leitplanken im Straßenverkehr, d. h. gelegentlich muss man das Steuer selbst in die Hand nehmen“, sagte Prof. Christoph Bode, Freiburg. Leitlinien sein zwar nützlich, könnten jedoch die individuelle ärztliche Entscheidung beim einzelnen Patienten nicht ersetzen. Doch wenn man von Leitlinien abweiche, sollte man dies nachvollziehbar begründen können.

Echo gehört zum Standardprogramm

Nach den neuen Leitlinien gehören zur Basisdiagnostik bei allen Patienten mit Verdacht auf ein NSTEMI-ACS neben dem EKG und dem Troponin-Test auch die Echokardiografie. „Die Echokardiografie erlaubt die Beurteilung der Pumpfunktion und somit eine gewisse Risikostratifizierung und hilft außerdem bei der differenzialdiagnostischen Abklärung hinsichtlich Lungenembolie oder Perikarditis“, so Prof. Christian Hamm, Bad Nauheim. Für Patienten mit untypischer Symptomatik und nur geringem Verdacht auf ein ACS werde jetzt auch das Angio-CT empfohlen, da mit diesem Verfahren bei Niedrig-Risiko-Patienten ein ACS mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden könne.

Dynamik ist entscheidend

Die Einführung des hs-Troponins hat die diagnostischen Möglichkeiten beim ACS wesentlich bereichert. „Mit dem hs-Troponin gelingt der Nachweis eines NSTEMI innerhalb der ersten vier Stunden bei über 90% im Vergleich zu 60% beim herkömmlichen Troponin I“, so Hamm. Bei Patienten mit länger als sechs Stunden bestehenden Thoraxschmerzen genügt die einmalige Bestimmung des hs-Troponins, um einen NSTEMI mit ausreichender Sicherheit ausschließen zu können.

© Klaus Rose

Die Echokardiografie gehört zur Basisdiagnostik bei allen Patienten mit Verdacht auf ein NSTEMI-ACS.

51-Studie konnte mit dieser Substanz in einer niedrigen Dosierung von 2-mal 2,5 mg zusätzlich zur dualen Thrombozytenaggregationshemmung nicht nur die kardiale Ereignisrate, sondern auch die Gesamtmortalität signifikant verbessert werden. „Es ist vorstellbar,

Während früher nur der negative oder positive Troponin-Test für die Diagnostik herangezogen wurde, kommt in der neuen Leitlinie der Dynamik des Troponin-Wertes die entscheidende diagnostische Bedeutung zu. „Sowohl ein deutlicher Anstieg als auch ein Abfall des Troponin-Wertes sprechen für einen NSTEMI“, so Hamm. Bei einem gleichbleibend niedrigen Wert müssen dagegen andere Differenzialdiagnosen wie Herzinsuffizienz oder Myokarditis diskutiert werden.

Thrombozytenaggregationshemmer

Die Einführung neuer Thrombozytenaggregationshemmer, Ticagrelor und Prasugrel, hat die therapeutischen Möglichkeiten beim ACS verbessert. „Clopidogrel gilt nur noch als Medikament zweiter Wahl und sollte nur dann gegeben werden, wenn die neueren Substanzen nicht verfügbar sind“, so Hamm. Während Ticagrelor für alle Patienten mit einem NSTEMI unabhängig von der Vorbehandlung und dem therapeutischen Management mit dem Evidenzgrad IB empfohlen wird, sollte Prasugrel nur dann eingesetzt werden, wenn keine Clopidogrel-Vorbehandlung erfolgte und eine sofortige PCI durchgeführt wird.

Angesichts der vorliegenden Studienergebnisse, insbesondere der OASIS-5-Studie, sollte bei der antithrombotischen Begleittherapie Fondaparinux dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin vorgezogen werden.

Neue Perspektive

Eine neue therapeutische Option für Patienten mit ACS ist die Gabe des Faktor-Xa-Inhibitors Rivaroxaban. In der ATLAS-TIMI-

dass bei der nächsten Überarbeitung der Leitlinie auch diese Substanz Berücksichtigung findet“, so Bode. Ob Rivaroxaban auch in Kombination mit einem modernen Thrombozytenaggregationshemmer wie Ticagrelor oder Prasugrel einen zusätzlichen Benefit zeige, dafür gebe es bisher keine Studienergebnisse. Zum jetzigen Zeitpunkt könne jedoch die Kombination von Rivaroxaban mit ASS plus Clopidogrel als eine Alternative zur Kombination ASS plus Ticagrelor bzw. Prasugrel diskutiert werden.

Wer muss wann zur Koronarangiografie?

Unabhängig davon, ob ein ACS mit STEMI oder NSTEMI vorliegt, sollte bei reanimierten Patienten bzw. solchen mit einem kardiogenen Schock unverzüglich die invasive Diagnostik angestrebt werden. Bei den übrigen Patienten empfiehlt sich eine individuelle Risikostratifizierung. Eine innerhalb von zwei Stunden durchzuführende PCI ist bei therapieresistenter Angina pectoris, bei lebensbedrohlichen Arrhythmien, bei kardialer Dekompensation und bei hämodynamischer Instabilität entsprechend der neuen Leitlinie zwingend erforderlich. Innerhalb von 24 Stunden empfiehlt sich die Koronarangiografie, wenn bestimmte Risikofaktoren wie eine Dynamik des Troponin-Wertes oder dynamische EKG-Veränderungen vorliegen. Gleiches gilt auch für Diabetiker. „Nur wenn keine solchen Risikofaktoren vorliegen und der Patient beschwerdefrei bleibt, ist es vertretbar, den vorgegebenen Zeitraum von 72 Stunden einzuhalten“, so Hamm.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■