

Was verrät das EKG?  
Auch wenn es unauffällig ist, kann das Herz geschädigt sein!

Wozu das „akute Koronarsyndrom“?

# So wird kein Infarkt übersehen

„Der Patient hat einen Herzinfarkt.“ Die Zeiten dieses Satzes sind vorbei. Jetzt heißt es „akutes Koronarsyndrom“ – und das kann vieles bedeuten, nämlich von instabiler Angina pectoris bis zum lebensbedrohlichen ausgedehnten Myokardinfarkt. Sinnvoll ist diese in der Praxis manchmal unscharf genutzte Unterteilung, da sie Einfluss auf Prognose und Therapie hat.

Es beginnt mit einer koronaren Atherosklerose und endet mit der Deckplattenruptur eines atheromatösen Plaques – das eigentliche Korrelat des akuten Koronarsyndroms (ACS), wie Prof. Dr. Thomas Münzel von der Universitätsklinik Mainz in „Der Internist“ erläutert. Dabei führt aber längst nicht jeder Riss zur Katastrophe: „Nahezu 99% aller Deckplattenrupturen verlaufen klinisch inapparent“, berichtet Münzel. Angiographisch lassen sich die instabilen Plaque jedoch nicht identifizieren, meist findet man in diesem Fall gering- und mittelgradige Stenosen.

Wie sich das ACS äußert, ist sehr variabel. Meist steht der plötzlich aufgetretene Brustschmerz im Vordergrund, der einer der häufigsten Gründe für die Vorstellung in der Notfallambulanz ist. Andererseits gibt es die bekannten untypischen Symptome wie z. B. Schmerzen im Rücken. In diesem Fall ist das ACS als Arbeitsdiagnose hilfreich, da alle Patienten bis zum Ausschluss eines Myokardinfarkts überwacht werden müssen. Denn das ACS unterteilt sich in:

- ST-Hebungsinfarkt (STEMI)
- Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)
- instabile Angina pectoris.

Beim STEMI haben die Patienten neben der typischen ST-Streckenhebung meist länger anhaltende (> 20min) Schmerzen, die sich nicht durch Nitro lindern lassen. Außerdem sind die kardialen Marker (z.B. CK-MB, Troponine) erhöht, und das auch zuverlässig: „Steigen diese Marker auch im Verlauf nicht an, so muss die Diagnose STEMI in Frage gestellt werden“, so Münzel.

Handelt es sich um einen NSTEMI, sind Troponine und Co ebenfalls erhöht, der Thorax schmerzt, aber es fehlt die ST-Hebung im EKG. Stattdessen kann es ischämietypische Veränderungen aufweisen – oder auch komplett unauffällig sein. Wird solch ein EKG von Thoraxschmerz, jedoch nicht von ansteigenden Markern begleitet, spricht man von der instabilen Angina pectoris. Da Troponine aber bei jeglicher Art der Myokardschädigung ansteigen, sind erhöhte Troponine keineswegs beweisend für das Vorliegen einer KHK, wie Münzel einräumt.

## Das A und O: Thrombos am Verklumpen hindern

Therapeutisch sollten alle Patienten zunächst mit um 30° erhöhtem Oberkörper gelagert werden und Sauerstoff über Maske oder Nasenonde erhalten. Dann folgt eine analgetische und anti-anginöse Therapie. Eckpfeiler der ACS-Therapie sei aber die Thrombozytenaggregationshemmung, so Münzel. Diese kann mit ASS, Clopidogrel oder Prasugrel und demnächst wahrscheinlich auch

mit Ticagrelor, das kurz vor der Zulassung steht, erfolgen. Noch stärker wird die Zusammenklumpung der Plättchen durch GPIIb/IIIa-Rezeptorantagonisten gehemmt. Dieser Wirkstoff kommt vor allem bei perkutanen Koronarinterventionen zum Einsatz und reduziert das Risiko dabei beträchtlich. Als weitere Therapiemaßnahme ist die Antikoagulation mit Heparin, Fondaparinux oder Bivalirudin zu nennen. Und: „Sollten keine Kontraindikationen vorliegen, so besteht eine Indikation zur Statintherapie unabhängig von der Höhe des LDL-Cholesterins“, schreibt Münzel, da auch das das Risiko senke.

Ob der Patient außerdem sofort ins Katheterlabor geschoben werden sollte, hängt nun ganz besonders von der exakten Differenzierung des ACS ab: Während der STEMI unverzüglich ein invasives Vorgehen erfordert, reicht dies beim NSTEMI innerhalb der nächsten 72 Stunden. Besteht von vorn herein ein niedriges Risiko, ist ein zunächst konservatives Vorgehen vertretbar. Dass Hochrisikopatienten auch bei fehlenden Symptomen wirklich als solche erkannt werden, soll die Behandlung auf einer Chest Pain Unit (CPU) gewährleisten, wo die Patienten mit unklarem Thoraxschmerz nach speziellen Konzepten betreut werden. In den USA habe die Einführung der CPU die Mortalität nach Herzinfarkt um bis zu 37% gesenkt, berichtet Münzel. (sko) Internist 2010, 51: 953

© imago