

Stabile Angina pectoris

Da muss doch nicht immer koronarangiografiert werden

In der CME der MMW Nr. 47/2009, S. 45–50 war aufgeführt, wann ein Patient mit Angina pectoris zur Koronarangiografie überwiesen werden sollte. Dazu ein Leser:

— Der Autor des CME-Artikels zur konservativen Therapie der stabilen Angina plädiert an mehreren Stellen seines (ansonsten sehr gut geschriebenen) Artikels für eine Koronarangiografie „zum Ausschluss von Koronarstenosen mit prognostischer Bedeutung“ bei entsprechender Symptomatik.

Seine Aussage führt zur „deutschen Praxis“ der Risikostratifikation bei V.a. KHK: zunächst Koronarangiografie. Ergebnis in Deutschland: Ausschluss KHK in ca. 65% der durchgeführten Koronarangiografien! Diese Praxis ist weder durch Studien, noch durch Leitlinien gedeckt. Nicht die Koronarangiografie ist der Ausgangspunkt der Risikostratifikation, sondern die nicht invasive Ischämiediagnostik.

Konkret: Der Patient mit bedeutsamer Hauptstammstenose oder proximaler LAD-Stenose wird eine ausgedehnte Ischämieaktion/ein ausgedehntes Ischämieareal zeigen. Dieser Befund muss dann in der Konsequenz zur Koronarangiografie mit dem Ziel der baldigen Revaskularisation führen. Es ist nach der Datenlage falsch, „blind“ die Nadel im Heuhaufen zu suchen (= Hauptstammstenose) und viele unnötige Koronarangiografien in Kauf zu nehmen.

Mit einem persönlichen Standpunkt des Autors Jacobshagen zum Procedere bei stabiler Angina kann ich wunderbar leben. Als CME-Artikel aber halte ich die genannten Aussagen für problematisch, da sie v.a. im hausärztlichen Bereich suggerieren, jeder Patient mit stabiler Angina müsse aus prognostischen Gründen zunächst koronarangiografiert werden. Erfahrungsgemäß werden mindestens 70% der Indikationen zur Koronarangiografie in Deutschland vom Hausarzt, nicht vom Kardiologen gestellt. Dies verursacht astronomische Kosten für uns alle, die wir uns unsere Gesundheit kaum mehr leisten können.

Ich persönlich möchte nicht Kardiologie ohne die fantastischen Möglichkeiten der katheterinterventionellen Diagnostik und Therapie betreiben müssen. Ich möchte aber auch nicht schamhaft das Gesicht verdecken müssen, wenn uns Kardiologen aus aller Welt verlachen, weil wir bald jeden 80. unserer deutschen Bevölkerung pro Jahr auf den Kathetertisch legen. Es geht um die Glaubwürdigkeit des faszinierenden Faches Innere Medizin/Kardiologie!

■ Dr. Karl La Rosée, Kardiologische Gemeinschaftspraxis, Baumschulallee 1, D-53115 Bonn