



- Geschlecht und Alter (Männer \geq 55 J. und Frauen \geq 65 J.) (+)
 - Bekannte vaskuläre Erkrankung (+)
 - Bekannte Herzinsuffizienz (+)
 - Bekannter Diabetes mellitus (+)
 - Beschwerden sind abhängig von körperlicher Belastung. (+)
 - Keine Druckempfindlichkeit/Schmerz durch Palpation nicht reproduzierbar (+)
 - Der Patient denkt, dass der Schmerz vom Herzen kommt. (+)
 - Substernaler Schmerz (+)
 - Stechender Schmerz (-)
 - Husten (-)
 - Schmerzdauer zwischen 1 und 60 Minuten (+)
- Liegen bei dem Patienten Risikofaktoren wie Rauchen, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus und eine genetische Disposition vor, so ist die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlich vorhandenen KHK so groß, dass man den Patienten direkt zur

Koronarangiografie schicken kann. Fehlen Risikofaktoren, so sollte man zunächst eine nicht invasive Diagnostik vorschalten.

MMW-Experte Dr. Stiefelhagen:

Es kann durchaus sinnvoll sein, zunächst mittels Belastungsuntersuchungen eine Ischämiediagnostik durchzuführen und nur bei einem positiven Ischämienachweis eine Koronarangiografie zu veranlassen, denn typische belastungsabhängige Stenokardien findet man gelegentlich auch bei Patienten ohne hämodynamisch wirksame koronare Herzerkrankung, insbesondere bei Patienten mit Hypertonie bzw. linksventrikulärer Hypertrophie. Andererseits gibt es aber auch Patienten mit höhergradigen Stenosen, die sich dem Ischämienachweis entziehen. Dies gilt sogar in Einzelfällen für eine Hauptstammstenose. Um eine solche, die ja mit einem hohen Risiko für einen akuten

Herztod assoziiert ist, auszuschließen, empfiehlt sich bei typischer Angina pectoris-symptomatik doch immer die Durchführung einer Koronarangiografie.

Eine andere Frage ist, ob Patienten mit einer stabilen Angina pectoris von einer Koronarintervention prognostisch profitieren. Die Nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt nur dann eine interventionelle Therapie, wenn mit medikamentösen Therapiemaßnahmen keine ausreichende Beschwerdefreiheit erreicht werden kann. Allerdings ist kaum vorstellbar, dass der interventionelle Kardiologe bei Nachweis einer höhergradigen Koronarstenose diese unbehelligt lässt und nur eine medikamentöse Therapie empfiehlt. Doch sollte man sich immer wieder vor Augen führen, dass es sich bei einer solchen interventionellen Therapie nur um eine symptomatische Maßnahme handelt, die die Prognose quoad vitam nicht verbessert.

Schmerzhaft geschwollene Finger mit Morgensteifigkeit

Ist das eine rheumatoide Arthritis?

Frage von U. K.:

Bei einer 36-jährigen Patientin bestehen seit einigen Wochen schmerzhafte Schwellungen an den Fingergrund- und -mittelfingergelenken mit Morgensteifigkeit. Könnte es sich dabei um eine rheumatoide Arthritis handeln?

MMW-Experte Dr. Stiefelhagen:

Diese Angaben sind sehr typisch für den Beginn einer rheumatoiden Arthritis. Definitivonsgemäß sollten die Gelenkbeschwerden aber mindestens sechs Wochen bestehen. Zur weiteren Abklärung empfehle ich die Bestimmung der Entzündungsparameter (CRP, BSG), die typischerweise erhöht sind. Zur Abrundung der Diagnostik können außerdem die Rheumafaktoren und die Anti-CCP-Antikörper bestimmt werden. Diese sind jedoch nicht in jedem Falle positiv, d.h. ein negatives Ergebnis schließt eine rheu-

matoide Arthritis nicht aus. Grundsätzlich sollten Sie die Patientin bei dieser Befundkonstellation möglichst rasch einem Rheumatologen vorstellen, damit frühzeitig eine antientzündliche Basistherapie eingeleitet werden kann.

MMW-Experte Prof. Füeßl:

Mit den neuen, 2010 entwickelten Klassifikationskriterien der amerikanischen und europäischen Gesellschaften für Rheumatologie, welche als wesentliche Neuerung die Antikörper gegen citrullinierte Peptid-/Protein-Antigene (ACPA) mit in die Kriterienliste aufgenommen haben, wurde die Frühdiagnostik der rheumatoiden Arthritis auf wesentlich sicherere Beine gestellt. Anhand dieser Kriterien muss man bei dieser Patientin evtl. sechs Punkte konstatieren und kann somit die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis stellen. Allerdings müssen dazu noch

drei zusätzliche Kriterien erfüllt sein: Es muss eine sichere Synovitis vorliegen, Differenzialdiagnosen müssen ausgeschlossen sein und radiologische Veränderungen müssen natürlich fehlen. Insbesondere der zweite Punkt macht klar, dass zur Diagnosestellung doch eine gewisse rheumatologische Expertise vorhanden sein muss.

Erratum

Im Beitrag „Gewichtsverlust und Fettstühle bei einem Diabetiker – Hat er eine exokrine Pankreasinsuffizienz?“ in MMW Nr. 9/2012, S. 53 hieß es im Vorspann: „Etwa die Hälfte der Typ-1- und zwei Drittel der Typ-2-Diabetiker leiden unter einer exokrinen Pankreasinsuffizienz.“ Richtig ist: „... ein Drittel der Typ-2-Diabetiker ...“