

Belastungs-EKG auffällig, Stress-Echo normal

Das ist prognostisch relevant!

Nicht selten haben Patienten mit Ischämiezeichen im Belastungs-EKG einen Normalbefund in der Stress-Echokardiografie. Ihr Risiko für koronare Komplikationen ist trotzdem leicht erhöht.

— US-Kardiologen weisen auf eine Patientengruppe hin, deren kardiovaskuläres Risiko bislang möglicherweise unterschätzt wurde: Patienten, bei denen das Belastungs-EKG auf eine KHK hindeutet (+EKG), im Stress-Echo aber keine Wandbewegungsstörungen (WBS) entdeckt werden (–Echo). Wie aus Krankenakten der Duke University hervorgeht, haben sie ein höheres Risiko für kardiale Komplikationen als Patienten mit zweifachem Normalbefund (–EKG/–Echo).

Die Ärzte haben die Daten von mehr als 15.000 Patienten gesichtet, die zum

Stress-Echo an die Klinik überwiesen worden waren und von denen ein EKG unter Maximalbelastung vorlag. Die Mehrzahl von ihnen (85,5%) war komplett unauffällig (–EKG/–Echo); 8,5% hatten den Befund +EKG/–Echo; bei den übrigen 6,0% wies das Echo einen positiven Befund auf (+Echo; entsprechend –EKG/+Echo oder +EKG/+Echo).

Schwere kardiale Komplikationen traten in der Nachbeobachtungszeit von im Mittel sieben Jahren bei 8,5% (–EKG/–Echo), 14,6% (+EKG/–Echo) und 37,4% (+Echo) der Patienten auf. Die Ereignisrate bei +EKG/–Echo im Vergleich zu –EKG/–Echo war sowohl innerhalb der ersten 30 Tage als auch im Langzeitverlauf erhöht. „Das heißt, ein positives Belastungs-EKG hatte einen bescheidenen zusätzlichen prognostischen Wert und



Ein positiver Befund ist ein Warnzeichen, auch bei normalem Echo.

trug dazu bei, Patienten mit normalen Stress-Echo weiter zu stratifizieren“, so die Autoren. ■ bs

▪ Daubert MA et al. IAMA Intern Med 2020; <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6958>

► Die routinemäßige Revaskularisation anderer Gefäße bringt den Patienten einen klaren Vorteil, wenn sie während desselben Krankenhausaufenthalts erfolgt. Das gilt jedoch nicht für Patienten im kardiogenen Schock, die bei einer Mehrgefäßintervention eine deutlich höhere Mortalität aufweisen. Hier sollte man sich auf das Zielgefäß beschränken und weitere Interventionen auf einen späteren Zeitpunkt verschieben.

Tripletherapie in der Akutphase

Zur Hemmung der Thrombozytenfunktion werden die P2Y12-Inhibitoren Prasugrel oder Ticagrelor bevorzugt eingesetzt. Außerdem sollten alle Patienten mit akutem Herzinfarkt ASS am besten i.v. erhalten, falls keine Kontraindikationen bestehen. Zusätzlich zur dualen Plättchenhemmung wird routinemäßig unfraktioniertes Heparin eingesetzt, bei Patienten mit Heparin-induzierter Thrombozytopenie Bivalirudin (Klasse-I-Empfehlung). Die routinemäßige Gabe von Bivalirudin und von Enoxaparin hat eine Klasse-IIa-Empfehlung.

In der Langzeittherapie nach einem akuten Koronarsyndrom wird eine duple plättchenhemmende Therapie (DAPT) mit Clopidogrel und ASS in der Regel für 12 Monate angesetzt. Bei hohem Blutungsrisiko kann die DAPT 6 Monate verkürzt bei niedrigem Blutungsrisiko und guter Verträglichkeit auch länger gegeben werden.

Vorhofflimmern bringt die Langzeit-Antikoagulation in die Zwickmühle

Jeder fünfte Patient, der wegen eines Herzinfarkts eine perkutane Intervention mit Stent erhält, weist ein Vorhofflimmern auf. Viele sind deshalb bereits auf orale Antikoagulanzen eingestellt, meist NOAC. Jetzt kommt durch den Herzinfarkt eine weitere Indikation für Gerinnungshemmer hinzu, sodass eigentlich eine Triple-Therapie aus DAPT und NOAC resultieren würde. Diese ist in der Regel für maximal einen Monat gerechtfertigt, wenn das ischämische Risiko im Vordergrund steht. Danach sollte ASS herausgenommen werden. Muss man sich aber mehr Gedanken um das Blutungsri-

siko machen, sollte die Tripletherapie nur periprozedural erfolgen, und der Patient sollte das Krankenhaus schon ohne ASS verlassen. Dies scheint im Hinblick auf ischämische Endpunkte ebenso effektiv zu sein wie die Dreifachtherapie. ■

Dr. Angelika Bischoff

▪ 125. DGIM-Kongress, Wiesbaden 2019

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Nicht jedem Infarktpatienten automatisch Sauerstoff geben.
2. Intervention bevorzugt radial, keine Thrombusaspiration.
3. Gerinnungshemmende Tripletherapie mit ASS i.v., Ticagrelor oder Prasugrel und Heparin in der Akutphase, dann duale Plättchenhemmung mit Clopidogrel/ASS für 12 Monate
4. Bei Patienten mit Vorhofflimmern, die bereits ein orales Antikoagulanzen erhalten, ASS maximal für einen Monat und umso früher herausnehmen, je höher das Blutungsrisiko ist.