

Die Weichen stellen

Bei Schmerzen in der Brust oder anderen infarktähnlichen Symptomen stellen EKG und Troponintest wichtige Entscheidungskriterien dar. A&W-Autor Professor Dr. med. Sigmund Silber berichtet, worauf es bei Verdacht auf akutes Koronarsyndrom ankommt.

Bei Verdacht auf akutes Koronarsyndrom (Infarktschmerz oder infarktähnliche Symptome) stellt das EKG die erste entscheidende Weiche. Im Falle einer ST-Hebung (oder eines neu aufgetretenen Linkschenkelblocks) ist das Ergebnis der Bluttests für die weitere Strategie nicht mehr entscheidend, der Patient sollte möglichst rasch einer Wiedereröffnung bzw. Revaskularisation des verschlossenen Herzkranzgefäßes zugeführt werden.

Negative Troponintests sollten Sie unbedingt wiederholen

Hierbei spielt der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle. Wenn die Transportwege nicht zu lang sind, sollte das nächstliegende Herzkatheterlabor angefahren werden, um mittels Ballondehnung mit Stentimplantation das verschlossene Gefäß rasch wieder zu öffnen. In ländlichen Gebieten sollte alternativ möglichst rasch eine medikamentöse Wiederöffnung angestrebt werden, falls keine Kontraindikationen gegen eine Lyse vorliegen.

EKG und Troponintest leiten auf das richtige Gleis

Bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung entscheidet der Troponintest über das weitere Vorgehen. Ist er positiv, so besteht – auch bei fehlender ST-Hebung – ein Herzinfarkt, der möglichst rasch einer Katheterintervention zugeführt werden sollte. Es sollte berücksichtigt werden, dass der Troponintest bis zu sechs Stunden nach Schmerzbeginn benötigt, um definitiv positiv zu werden. Deshalb muss er bei primär negativem Ergebnis innerhalb dieser sechs Stundengrenze wiederholt werden.

Die soeben vorgestellten neuen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie enthalten detaillierte Informationen (siehe Kasten).

Folgende Prähospitalmaßnahmen sind bei akutem Koronarsyndrom essentiell: Bei starken thorakalen Schmerzen Gabe eines Analgetikums (vorzugsweise ein Morphinderivat). Die sofortige Gabe einer Ampulle ASS kann lebensrettend sein. Zusätzlich empfiehlt sich die Gabe von Heparin i.v., es muss aber in diesem Stadium nicht niedermolekular sein. Die sofortige Gabe von vier Tabletten Clopidrogel ist empfehlenswert und – wenn keine Kontraindikationen vorliegen – die intravenöse Gabe eines Betablockers. In wie weit die sofortige Gabe eines Statins zu den Erstmaßnahmen zählt, ist noch umstritten. ^{AW}

Neue ESC-Richtlinien

Die beim Kongress der ESC vorgestellten Richtlinien empfehlen nun folgendes Vorgehen bei Verdacht auf akutes Koronarsyndrom:

Herzinfarkt mit ST-Hebung:

☐ bis 12 Stunden nach Schmerzbeginn: Indikation zur Reperfusion (Lyse oder PTCA mit Stentimplantation)

☐ bis 12 Stunden nach Schmerzbeginn und Möglichkeit eines PTCA-Beginns bis 90 Minuten nach erstem Kontakt mit medizinischem Personal: primäre PTCA mit Stentimplantation

Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung:

☐ Koronarangiographie mit evtl. PTCA und Stentimplantation bei Patienten mit erhöhtem Risiko, nachdem die Therapie mit einem Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitor eingeleitet wurde.