



Es gibt sieben Indikationen für eine invasive Strategie

Immer häufiger erweist sich der Moment des Symptombeginns bei Herzinfarkt-Patienten als entscheidendes Kriterium für das weitere therapeutische Vorgehen. Wie bei einem Kardiologentreffen in Dresden erneute herausgestellt worden ist, hat innerhalb der ersten drei Stunden die Lysetherapie noch eine Chance auf Erfolg. Danach ist die primäre perkutane koronare Intervention anerkanntermaßen die Therapie der Wahl.

Patienten mit einer instabilen Angina oder einem akuten Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI-ACS) sollten nur dann innerhalb von 48 Stunden koronarangiographiert werden, wenn sie ein hohes Risiko haben, einen Myokardinfarkt zu bekommen oder zu versterben. Denn ein Nutzen für Patienten mit einem geringen Risiko konnte nicht belegt werden.

Die neuen sieben Indikationen für eine invasive Strategie beim NSTEMI-ACS stellte Professor Sigmund Silber, München, auf dem InnoKardio-Symposium in Dresden vor. Nach einer Vorbehandlung mit Acetylsalicylsäure, Clopidogrel, unfraktioniertem Heparin, Nitraten und Betablockern kommen Patienten mit folgenden Kriterien für eine invasive Koronarintervention innerhalb von 48 Stunden infrage: bei rezidivierendem Ruheschmerz, dynamischen ST-Streckenver-

änderungen, erhöhten Troponin-I-, Troponin-T- oder CK-MB-Werten, hämodynamischer Instabilität während der Beobachtungsperiode, ausgeprägten Arrhythmien, einer frühen instabilen Postinfarkt-Angina und bei Diabetes mellitus.

Was ist eigentlich eine primäre PCI?

Wie Silber die Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) zur perkutanen Koro-

narintervention (PCI) weiter erläuterte, ist auch die Definition der primären PCI bei ST-Hebungsinfarkt (STEMI) neu. Demnach gilt eine primäre PCI

als eine Intervention im Zielgefäß innerhalb von zwölf Stunden nach dem Einsetzen von Brustschmerzen oder an-



Prof. Sigmund Silber

deren Symptomen ohne vorherige thrombolytische oder andere Gerinnsel auflösende Therapie.

Wie es in den ESC-Leitlinien weiter heißt,

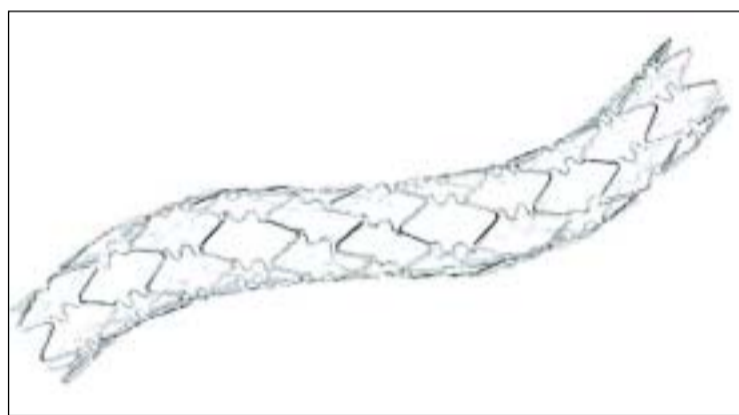
war in den entsprechenden Studien der eindrucksvollste Unterschied zwischen der Thrombolyse und der primären PCI die signifikante Verringerung der rezidivierenden Ischämie von 21 Prozent bei der Thrombolyse auf sechs Prozent nach der primären PCI.

Wenn ein STEMI-Patient in ein Krankenhaus ohne Katheterlabor eingeliefert wird, sollte er sofort in ein Krankenhaus mit PCI-Möglichkeit transportiert werden, wenn die Symptome länger als drei Stunden bestehen.

Häuser mit PCI sind zu bevorzugen

In diesem Fall ist ein Thrombolyse nicht mehr wirksam. Bei einer Symptombdauer unter drei Stunden kann eine Thrombolyse vorgenommen werden.

Wenn die Thrombolyse innerhalb von 45 bis 60 Minuten nach Behandlungsbeginn nicht wirkt, ist eine sofortige „Rettungs-PCI“ notwendig. War die Thrombolyse bei einem Patienten mit Herzinfarkt erfolgreich, so empfiehlt die Task Force der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, deren Leitlinien Professor Silber federführend übernommen hatte, im Anschluss daran, so bald wie möglich eine perkutane koronare Intervention vorzunehmen. „Denn die Thrombolyse ist bei diesen Patienten nicht die endgültige Therapie“, sagte Silber bei der Veranstaltung. *rh*



Ein Stent von vielen: Gefäßstütze für eine lange Läsion

Interventions-Simulatoren trimmen das Kardio-Team

Bereits zum vierten Mal fand in diesem Jahr das Symposium „Qualitätsmanagement im Herzkatheterlabor“ in Würzburg statt. Ausgerichtet wurde die Veranstaltung von der Medizinischen Klinik und Poliklinik I der Universität Würzburg unter Leitung von Professor Wolfram Voelker. Besonderheit dieses Symposiums ist die gemeinsame Plattform für medizinische Themen rund um das Herzkatheterlabor aus der Sicht des Assistenzpersonals und des ärztlichen Personals. Die Themen wurden in Vorträgen aufgegriffen und in Workshops eingehend besprochen.

Hygienestandard, Einführung in die Elektrophysiologie (Dr. Markus Koller / Würzburg), Tipps und Tricks bei der Radialis-, oder Nierenarterienintervention (Prof. Josef Ludwig (Erlangen), PD Dr. Wittenberg (Würzburg), ambulante Herzkatheteruntersuchungen (Dr. Rainer Zahorsky (Hamburg) oder Strahlenschutz im Herzkatheterlabor (Prof. Malte Meesmann (Würzburg), I. Schulze-Brexel / A. Kolarik (Erlangen) konnten in Workshops interaktiv besprochen werden. Aktuelle Themen wie „Pro und Kontra der Drug Eluting Stents“ wurden von Prof. Karsch (Bristol, GB) und von Prof. Manfred Mauser (Lahr) verteidigt. Prof. Detlef Günter Mathey (Hamburg) referierte über Komplikationen und deren Umgang sowie Beherrschung im Herzkatheterlabor. Aus der interventionellen Erfahrung konnte die Bedeutung potenzieller Kom-



plicationssituationen und deren Beherrschung demonstriert werden. Komplikationen zu „trainieren“, etwa anhand modernster Simula-

tionstechnologie, sei eine Herausforderung für die kommende Ausbildung im Herzkatheterlabor, um einen weiteren Sicherheitsgewinn für die Patienten zu erreichen. Die aktuelle Simulationstechnologie und die

Ausbildung ärztlichen und pflegerischen Personals am Simulator stellte auch einen Schwerpunkt des Symposiums dar. Flugkapitän Müller (München), der bei Lufthansa die Ausbildung der Piloten überwacht, zeigte Erfahrungen der Luftfahrt bezüglich Training am Simulator und Reduktion von Fehlverhalten auf. Die Ausbildungssimulatoren der Flugkapitäne haben ein Niveau erreicht, dass die virtuelle Realität von der Realität nicht mehr unterschieden werden kann und integraler Bestandteil der Ausbildung und des kontinuierlichen Refreshments sind. Zentral sei jedoch, dass neben den Simulatoren auch erfahrene Ausbilder anleiten, Simulatoren seien keine „Play-Station“.

Simuliert wird auf hohem Niveau

Eine Übersicht über die derzeit verfügbaren Simulatoren in der Kardiologie zeigte,

dass sich die Simulation bereits auf hohem Niveau befindet und in Kurskonzepte eingebunden auch ihren Platz in der Ausbildung finden könnte (PD Dr. Andreas Wolfgang Bonz/Würzburg).

Praktische Übungen hierzu konnten am CATHI-System (Dr. Kornmesser), Immersion's AccuTouch-System sowie am Methi-Full-Scale-Simulator durchgeführt werden (Dr. Mönck, Dr. Felix Post, Mainz).

Gerade die Teamarbeit will trainiert sein

Auch hier zeigte sich, dass die Teamarbeit anhand der Simulatortechnologie weiter trainiert und optimiert werden kann.

Nur bei einer optimalen Teamarbeit von Assistenzpersonal mit ärztlichem Personal lassen sich die Herausforderungen und der Qualitätsstandard realisieren und bewältigen. Nicht zuletzt auch das stimmungsvolle Rahmen-

und Abendprogramm trugen zum Erfolg des Symposiums „Qualitätsmanagement im Herzkatheterlabor“ in Würzburg bei.

Überzeugendes Konzept als Erfahrung

Das Konzept des Symposiums hat auch dieses Jahr sowohl Ärzte als auch Assistenzpersonal als Teilnehmer überzeugt, sodass man mit einem Teilnehmerzitat enden möchte: „Wir freuen uns schon auf das 5. Symposium Qualitätsmanagement im Herzkatheterlabor in Würzburg im Juli 2006.“

Prof. Dr. Wolfram Voelker
PD Dr. Andreas Bonz
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Str. 2
97080 Würzburg
E-Mail: voelker_w@klinik.uni-wuerzburg.de
bonz_a@klinik.uni-wuerzburg.de