

Angina pectoris:

Zur Diagnose der Angina pectoris werden technische Geräte nicht benötigt, allein ausschlaggebend ist die Anamnese. Der Begriff Angina pectoris beinhaltet nicht jedes "Engegefühl in der Brust", definiert aber automatisch den dringenden Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung, wenn eine Aortenklappenstenose ausgeschlossen ist. Unabhängig davon, ob eine koronare Herzerkrankung durch eine Koronarangiographie und/oder Zustand nach Herzinfarkt gesichert ist, muß die Diagnose "Angina pectoris" immer sehr ernst genommen werden. Weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen ist zwingend.

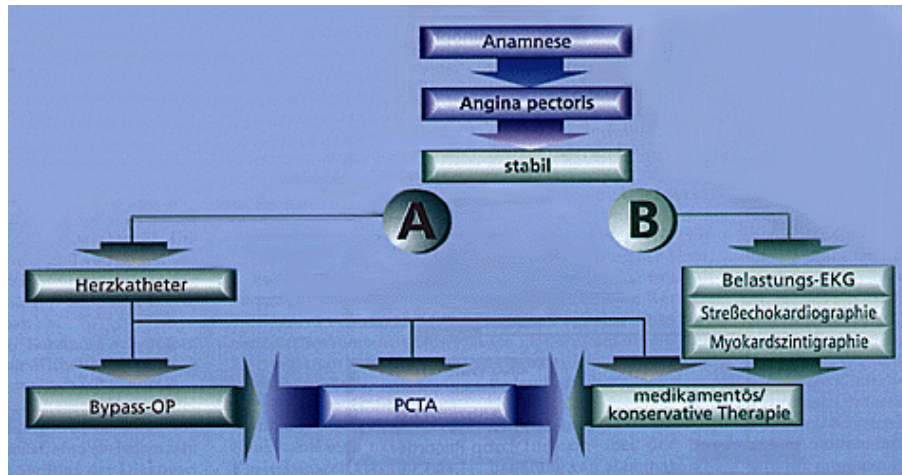
I. Angina pectoris bei koronarer Herzerkrankung

1. Stabile Angina pectoris

Die klassische Angina pectoris ist durch ein belastungsabhängiges, retrosternales Druckgefühl von kurzer (sekunden- bis minutenlanger) Dauer charakterisiert. Die klassische Angina pectoris kann auch in den Hals, Unterkiefer, linken Arm und in den Rücken ausstrahlen. Präcordiale Empfindungen mit Ausstrahlung in den linken Arm werden zwar häufig als "atypisch" bezeichnet, sind jedoch ebenfalls ernst zu nehmen, wenn sie belastungsabhängig und reproduzierbar auftreten. Für eine Angina pectoris spricht auch das rasche (innerhalb von wenigen Minuten) Ansprechen auf sublingual appliziertes Nitroglycerin oder Isosorbiddinitrat.

Diagnostik:

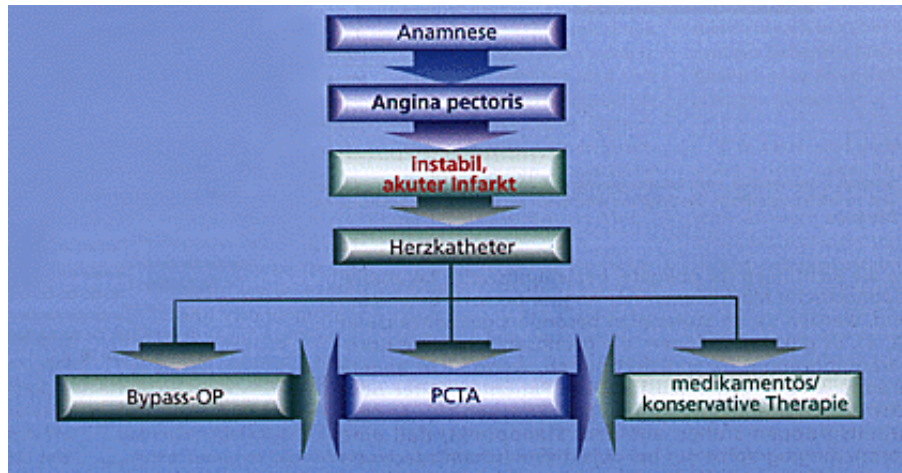
Die Richtlinien für obligate bzw. fakultative diagnostische Maßnahmen bei Angina pectoris sind umstritten. Es gibt Kardiologen, die grundsätzlich (wenn nicht andere Gründe wie Allgemeinzustand des Patienten, Alter, schwere Zweiterkrankungen dagegen sprechen) eine Koronarangiographie für indiziert halten (Pfeil A). Andere Kardiologen stehen auf dem Standpunkt, daß eine Koronarangiographie nur bei objektivem Ischämienachweis (Belastungs-EKG, Stressechokardiographie, Myokardszintigraphie) durchgeführt werden sollte (Pfeil B).



Ein für den individuellen Patienten rationell begründbarer Therapievorschlagn kann allerdings nur nach der Herzkatheteruntersuchung erfolgen (medikamentöse Therapie, Ballondilatation (PTCA) oder Bypassoperation).

2. Instabile Angina pectoris

Die Diagnose einer instabilen Angina pectoris ist immer sehr ernst zu nehmen: Der Patient muß unverzüglich überwacht (Krankenhaus oder Praxisklinik) und möglichst rasch einer Koronarangiographie zugeführt zu werden. Als "instabil" gilt, wer zuvor eine stabile Angina pectoris verspürte, die jetzt an Häufigkeit und/oder Intensität zunimmt, ohne daß äußere Ursachen (wie z.B. Entgleisung der Blutdruckeinstellung, Weglassen von Medikamenten, vermehrte psychosoziale Belastung) vorliegen. Insbesondere das Auftreten einer Ruhe-Angina pectoris ist einem drohenden Infarkt bzw. einem akuten Infarkt gleichzusetzen. Während früher die sogenannte "recent onset" Angina, das heißt eine innerhalb der letzten 4 Wochen neu aufgetretene Angina pectoris als instabil galt, geht man in letzter Zeit von diesem Konzept wieder ab. Neu hinzu gekommen ist die Postinfarkt Angina: Eine Angina pectoris nach Herzinfarkt (mit oder ohne Thrombolyse) ist sehr ernst zu nehmen und mit einem erhöhten Reinfarkttrisiko verbunden.

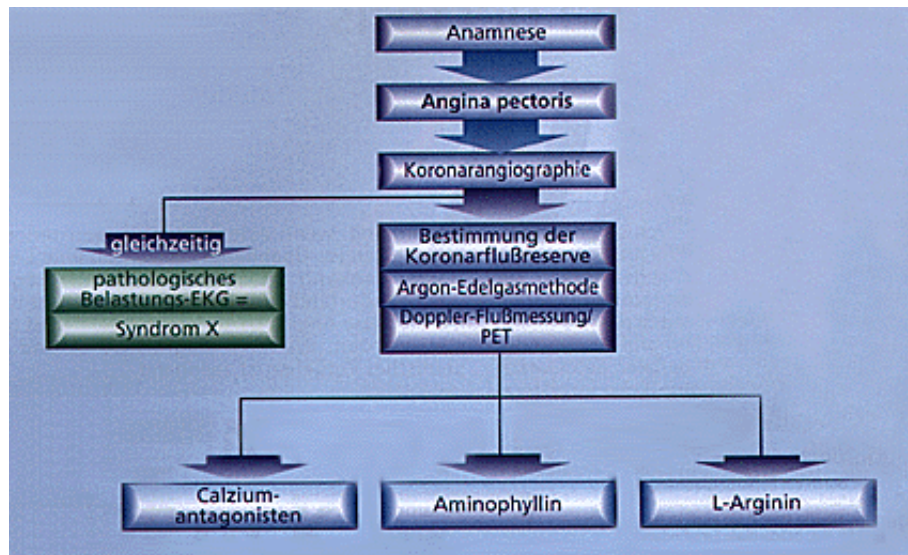


II. Sonderfälle einer Angina pectoris

Voraussetzung zur Diagnostik dieser Fälle ist eine Herzkatheteruntersuchung.

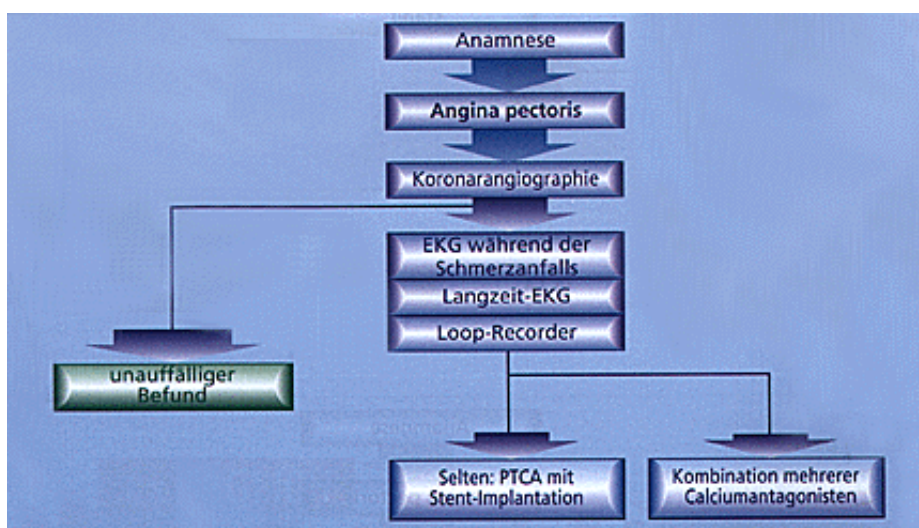
1. Angina pectoris bei normalen Koronararterien

Diese Befundkonstellation ist selten, jedoch als Krankheitsbild allgemein anerkannt. Besteht gleichzeitig ein pathologisches Belastungs-EKG, spricht man von einem "Syndrom X". Wegen der Perfusionsstörung bei noch fehlender induzierbarer Wandbewegungsstörung ist hier das Myokardszintigramm häufiger pathologisch als das Stressechokardiogramm. Eine weitere (zur Zeit überwiegend noch wissenschaftlich indizierte) Untersuchung ist die Bestimmung der Koronarflußreserve (früher anhand der Argon-Edelgasmethode, heute zunehmend häufiger mittels der invasiven Doppler-Flußmessung), vor allem unter Gabe von Acetylcholin (endothelabhängige Reaktion) und Adenosin (bzw. Dipyridamol) bzw. Nifedipin (endothelunabhängige Reaktion). Therapeutisch werden Kalziumantagonisten eingesetzt, neuerdings auch Aminophyllin oder L-Arginin.



2 Angina pectoris bei Koronarspasmus

Auch dieses Krankheitsbild ist selten, kann aber im Einzelfall bedrohliche Ausmaße annehmen. Die Diagnose stützt sich auf eine klassische Angina pectoris Lokalisation, allerdings ohne belastungsabhängigen Auslösemodus. Die Angina pectoris tritt oft spontan und zu regelmäßigen Tageszeiten auf. Das Koronarangiogramm ist unauffällig, Provokationstests (Ergotamin-Derivate, Acetylcholin) können positiv sein, sind aber wenig sensitiv und ziemlich unspezifisch. Die Diagnose wird durch ein während des Schmerzanfalls aufgezeichnetes EKG mit deutlicher ST-Streckenänderung bestätigt (hierzu ist häufig eine Vielzahl von Langzeit-EKGs erforderlich, alternativ elektronische Kurzzeitspeicherung, z. B. Loop-Recorder). Therapeutisch können hier ausnahmsweise mehrere Kalziumantagonisten kombiniert werden, in seltenen Fällen hilft eine PTCA mit Stent-Implantation.



Hierunter versteht man die Einnahme von antianginösen/antiischämischen Medikamenten. In der Regel sollte als Basistherapie ein Nitrat (z.B. ISDN-Retard) verabreicht werden, zusätzlich ein Beta-Blocker oder ein frequenzsenkender Kalzium-Antagonist (Verapamil-Typ). In seltenen Fällen wird eine 3-er Kombination erforderlich, jedoch sollte dann primär eine PTCA bzw. Bypass-Operation erwogen werden.

Autor: Prof Dr. med. S. Silber, erschienen in: Medizin im Bild, 3/1997, S. 43-44