

Akuter Herzinfarkt aus völliger Beschwerdefreiheit

Die 85-jährige Patientin verspürte am Tag zuvor erstmals Brustschmerzen. Bisher war sie niemals ernstlich krank und konnte ohne Beschwerden zwei Stockwerke mit Einkaufstüten beladen hinaufgehen. Der am nächsten Tag durchgeführte Troponin-T-Test war positiv, das EKG zeigte folgendes Bild (Abbildung unten).

Folgende Risikofaktoren ließen sich in der Anamnese der Patientin ermitteln:

- hohes Alter
 - Diabetes mellitus (nicht insulinpflichtig)
 - Cholesterin 228 mg/dl, LDL 167 mg/dl
 - Blutdruck: 150/90 mmHg
- Vormedikation: keine

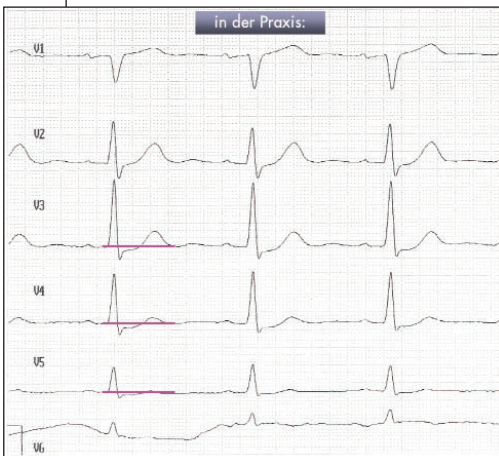
Angesichts persistierender Beschwerden unter der initialen medikamentösen Behandlung (Nitroperfusor 50 mg/24 h i.v.; ASS 50 mg i.v.; Clopidogrel 4 Tbl. a 75 mg; Heparin 5.000 IE i.v. im Bolus, danach 400 IE/kg Körpergewicht pro 24 h mit Perfusor) wurde nach 45 Minuten eine Koronarangiographie durchgeführt.

Koronarangiographie

Als Hauptbefund stellten sich eine hochgradige kurzstreckige Stenose des Ramus circumflexus (RCX) und weitere Wandveränderungen im Verlauf des Gefäßes dar.

Diagnosen:

- Akutes Koronarsyndrom bei KHK mit strömungsrelevanten Stenosen im RCX
- Hypercholesterinämie

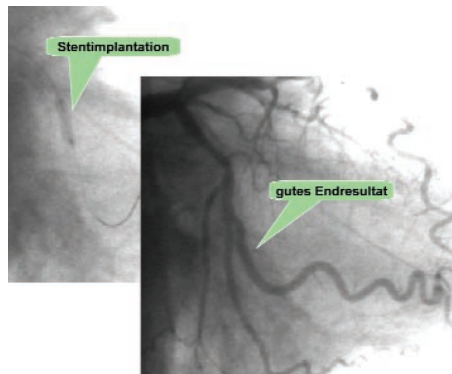


Therapie und Verlauf

Es erfolgte eine PTCA der RCX-Stenose mit anschließender Stentimplantation und gutem angiographischen Sofortergebnis. Postinterventionell war die Patientin beschwerdefrei und klinisch stabil. Das EKG dokumentierte eine Stunde nach PTCA eine Reduktion der ST-Streckensenkung in V5 und V6. In V1 bis V3 waren Zeichen einer Hyperperfusion zu erkennen.

Dauermedikation

- ASS 100 mg/d lebenslang



- Clopidogrel 75 mg/d für mindestens neun Monate
- CSE-Hemmer (LDL-Zielbereich: 100-120 mg/dl)

Diskussion

Der vorgestellte Fall zeigt eine typische Patientin mit akutem Koronarsyndrom. Solche Patienten sollen entsprechend den Resultaten der CURE-Studie für mindestens neun Monate mit Clopidogrel zusätzlich zur Standardtherapie inklusive ASS behandelt werden. In der CURE-Stu-

Standardtherapie bei akutem Koronarsyndrom

Die Standardtherapie bei akutem Koronarsyndrom (ohne ST-Segment-Anhebung) richtet sich nach den unterschiedlichen Risikograden, die wiederum abhängig sind von der klinischen Symptomatik, den EKG-Befunden, kardialen Isoenzymen bzw. Troponinen.

Ob eine primär interventionelle oder konservative Strategie eingeschlagen wird, ist nach wie vor Gegenstand von Diskussionen. In vielen Kliniken stehen aber auch heute noch interventionelle kardiologische Verfahren nicht zur Verfügung. Basis ist immer eine aggressive antiischämische Therapie mit Nitroglycerin s.l. oder i.v. bis zur Beschwerdefreiheit. Außerdem werden Betablocker und ASS, ggf. ACE-Hemmer und CSE-Hemmer verabreicht. Die antithrombotische Therapie umschließt nach den Resultaten der CURE-Studie akut die Gabe von 300 mg Clopidogrel. Der Nutzen der zusätzlichen Gabe von Clopidogrel gilt sowohl für die Gesamtheit der CURE-Patienten als auch für die Gruppe, die später einer interventionellen Therapie zugeführt wird. Bei hohem Risiko sind Monitorüberwachung, Vollheparinisierung und GP-IIb/IIIa-Inhibitoren angezeigt.

die profitierten Patienten mit instabiler Angina pectoris und Nicht-Q-Wellen-Infarkt von der langfristigen Gabe von Clopidogrel.

Dr. med. Dirk Nonhoff

Quelle: Prof. S. Silber, München

Wellness-Wochenende zu gewinnen

Welche EKG-Veränderungen sind ausschlaggebend für die Therapieentscheidung?

Bei Beantwortung der Frage gibt es ein Wellness-Wochenende zu zweit in einem Erholungsort in Ihrer Nähe zu gewinnen. Der Einsendeschluss ist der 20.06.02. Lösungen bitte an WPV-GmbH. Stichwort: Fall des Monats, Riehler Str. 36, 50668 Köln oder per Fax: 0221/7764100.