

Verdacht auf Herzinfarkt: Keine ST-Hebung? Troponin bestimmen!

Von Prof. Dr. med. Sigmund Silber, Facharzt für Kardiologie, Kardiologische Praxis in der Klinik Dr. Müller, München



Prof. Dr. med. Sigmund Silber

Eines der zentralen Themen des diesjährigen Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) in Berlin war das akute Koronarsyndrom. In Deutschland betrifft das akute Koronarsyndrom etwa 600.000 Menschen pro Jahr, es stellt also einen erheblichen sozioökonomischen Faktor dar. Entgegen weitverbreiteter Meinung

gibt es für viele betroffene Patientinnen und Patienten keine länger vorausgehenden „Warnsymptome“. Eine vorausgehende stabile Angina pectoris ist kein Frühsymptom, sondern ein Spätsymptom.

Ziel effektiver zukünftiger Strategien muss deshalb sein, Risikopatienten zu erkennen und zu behandeln, noch bevor die ersten Symptome auftreten. Was die diagnostischen und therapeutischen Optionen beim akuten Koronarsyndroms betrifft, hat sich in den letzten Jahren viel verändert.

Leider wird häufig immer noch die alte Definition des akuten Koronarsyndroms verwendet, obwohl die neue Definition eine wesentlich bessere prognostische Aussagekraft besitzt. Während früher der Herzinfarkt in „transmural“ und „nicht transmural“ eingeteilt wurde, spricht man heute vom Herzinfarkt mit ST-Hebung und dem Myokardinfarkt ohne ST-Hebung beziehungsweise instabiler Angina pectoris. Im Gegensatz zu früher wird als Bluttest für den Herzinfarkt nicht mehr die CK-MB herangezogen, sondern der erheblich sensitivere und auch sehr spezifische Troponintest.

Durch die Verwendung des Troponintests wird verständlich, weshalb in den nächsten Jahren die

Häufigkeit des Herzinfarkts deutlich „ansteigen“ wird oder muss. Dies ist allerdings definitorisch bedingt. Erfreulicherweise ist der Troponintest seit 1. Juli 2001 in den EBM-Katalog aufgenommen worden, so dass er jetzt auch ohne finanzielle Einbußen des Kassenarztes bei gegebener Indikation durchgeführt werden kann.

Dem Hausarzt kommt in der medikamentösen Therapie des akuten Koronarsyndroms eine zentrale Bedeutung zu, da er die Patienten sowohl als Erster im Prähospitalstadium als auch über lange Zeit nach der Hospitalphase betreut. Nach der Entlassung steht die Behandlung mit einem Statin (bei dokumentierter koronarer Herzerkrankung), einem Betablocker, einem ACE-Hemmer und selbstverständlich auch die lebenslange Gabe von ASS im Vordergrund.

Aufgrund der CURE-Studie sollte in der Nachbehandlung des akuten Koronarsyndroms Clopidogrel für mindestens weitere neun Monate gegeben werden. Dies entspricht den im März dieses Jahres erlassenen neuen Richtlinien in den USA. In der ersten Septemberwoche wurden in Berlin neue Richtlinien für das akute Koronarsyndrom mit „Klasse I Empfehlung“ (= höchste Empfehlungsstufe) vorgestellt. Demnach wird die Clopidogrel-Nachbehandlung jetzt auch in den europäischen Richtlinien für eine Dauer von neun sogar bis zwölf Monaten empfohlen. Die sich daraus ergebenden Folgekosten bedeuten für Deutschland allerdings etwa eine halbe Milliarde Euro Mehrausgaben pro Jahr.

Und Ihre Meinung zu diesem Thema? Schreiben Sie uns, wie Sie dazu stehen: ARZT & WIRTSCHAFT, Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Fax: 08191-125513, E-Mail: aw@mi-verlag.de