

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

**Editorial-Serie: Die neuen
Guidelines der ESC Guidelines
Chronisches Koronarsyndrom**

Siostrzonek P

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2020; 27

(7-8), 269-270

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Member of the



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Indexed in EMBASE



ÖKG
Österreichische
Kardiologische
Gesellschaft

Herzschrittmacher Curriculum 2021

Theoretischer Sachkunde-Kurs

20.-22. September 2021

Schloß Wilhelminenberg, Wien

Download Programm

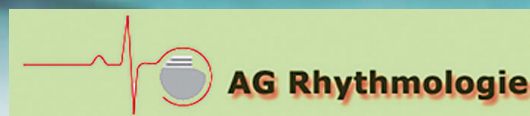


ÖKG
Österreichische
Kardiologische
Gesellschaft

Crashkurs ICD- und CRT-Therapie

Von Theorie zu Praxis

15. bis 16. Oktober 2021, Salzburg



AG Rhythmologie

ARBEITSGRUPPE RHYTHMOLOGIE DER ÖSTERREICHISCHEN KARDIOLOGISCHEN GESELLSCHAFT

Anmeldung online erbeten unter:

<https://registration.maw.co.at/icd21>

www.atcardio.at

Kontakt:



Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
Tel.: +43 1 536 63-85 oder -34, E-mail: kardio@maw.co.at
Ansprechperson: Marielle Wenning, Barbara Horak
www.maw.co.at

Guidelines Chronisches Koronarsyndrom

P. Siostrzonek

Schon der Name ist neu...

Der letztjährige Kongress der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft hat uns wieder mehrere aktualisierte Richtlinien, darunter auch die Neufassung der Guidelines zur Chronischen Koronaren Herzerkrankung [1], beschert. Die erste hervorsteckende Änderung betrifft den Titel der Guidelines, denn alle bisherigen Fassungen einschließlich der letzten Version von 2013 sprachen noch von stabiler koronarer Herzerkrankung. Die neue Namensgebung „Chronisches Koronarsyndrom (CCS)“ soll ausdrücken, dass der Koronaren Herzerkrankung ein mehr oder weniger rasch progredienter atherosklerotischer Prozess an den Koronararterien zugrunde liegt, der trotz stabilem klinischen Erscheinungsbild zu jedem Zeitpunkt in ein akutes Koronarsyndrom übergehen kann. Zudem werden aus klinischer Sicht die unterschiedlichen Erscheinungsbilder des CCS hervorgehoben (Tab. 1). Entsprechend dieser Einteilung werden Diagnostik und Management des CCS mit 529 hinterlegten Zitaten auf 71 Seiten abgehandelt.

Umdenken in der Diagnostik

Bei Patienten in Abklärung von rezidivierenden Brustschmerzen soll wie bisher basierend auf der Tabelle von Diamond und Forrester anhand von Beschwerdecharakteristika, Alter und Geschlecht die klinische Vortestwahrscheinlichkeit (PTP) kalkuliert werden. Die hinterlegten Tabellenwerte liegen aber gegenüber den letzten Guidelines jetzt um mehr als die Hälfte niedriger, da neuere Daten bei gegebener Konstellation eine wesentlich geringere PTP für das Vorliegen einer obstruktiven Koronarstenose ergeben hatten. Zusätzlich kommen nun an dieser Stelle auch weitere Parameter ins Spiel, wie die Erhebung von Risikofaktoren einschließlich Familienanamnese, Lipidprofil und Diabetes-Screening, das Ruhe-EKG und das Ruhe-Echokardiogramm. Danach sollte bei niedriger bis mittlerer PTP großzügig die Indikation zum Koronar-CT gestellt werden, bei höherer Vortestwahrscheinlichkeit wird primär zu einem funktionellen bildgebenden Verfahren zum Ischämienachweis geraten. Bei niedriger PTP (< 15 %) und negativem

Kalziumscore bedarf es nicht zwingend einer weiteren Ischämiediagnostik, ein antianginöser Therapieversuch kann dennoch wegen der Möglichkeit einer mikrovaskulären Angina in Betracht gezogen werden. Bei hoher PTP (> 85 %) und prinzipieller Eignung für eine Koronarintervention ist die Koronarangiographie der nächste Schritt. Das Belastungs-EKG hat zur Ischämiediagnostik in den Guidelines keinen Stellenwert mehr, es wird nur noch zur Feststellung der Leistungsfähigkeit oder einer Belastungsintoleranz, zur Beurteilung des Blutdruckverhaltens, oder bei der Abklärung mancher Arrhythmien als Klasse-I-Indikation empfohlen.

Indikation zur Revaskularisierung

Vor der endgültigen Entscheidung zur interventionellen Behandlung sollte Klarheit über die Relevanz der Stenose(n) gegeben sein. Über-90%-Stenosen in einem relevanten Gefäßgebiet rechtfertigen die sofortige Intervention, bei einem darunterliegenden Stenoseausmaß muss entweder ein positiver nichtinvasiver Ischämietest (Ischämie > 10 % des Myokards betreffend) vorhanden sein oder es muss eine invasive Druckdrahtmessung vorgeschaltet werden. Die Differentialindikation zur interventionellen Behandlung oder Bypassoperation wird in den CCS-Guidelines nicht ausführlich thematisiert, dazu sei auf die entsprechenden ESC-Richtlinien zur Myokardrevaskularisation von 2018 verwiesen.

Lifestylemanagement

Der Umsetzung eines gesunden Lebensstils sowie der Lebensstilberatung sind immerhin 3 Seiten der Guidelines gewidmet. Neben der multifaktoriellen Behandlung der etablierten Risikofaktoren wird zu körperlichem Training sowie zu einer psychologischen Beratung geraten. Auch die Grippeimpfung besonders bei älteren Personen findet sich hier – anders als in den letzten Präventions-Guidelines – bereits als IB-Empfehlung. Ein multidisziplinärer Ansatz, also ein Zusammenwirken von Kardiologen, Allgemeinmediziner, Pflegekräften, Ernährungs- und Physiotherapeuten sowie Psychologen wird ausdrücklich als IA-Indikation empfohlen.

Antiischämische Therapie

Bei der medikamentösen antiischämischen Therapie ist für mich keine wesentliche Änderung ersichtlich. Nach wie vor werden First-line-Präparate (kurz wirksame Nitrate, Betablocker und Ca-Antagonisten) und Second-line-Präparate unterschieden, wobei diesmal jedoch eine zusätzliche Reihung der Präparate gemäß der vorliegenden hämodynamischen Situation vorgenommen wird. Manche der Vorschläge erscheinen plausibel und werden in der klinischen Praxis schon seit Jahren so vollzogen, andere Vorschläge wie die Medikamentenreihung bei niedrigem Blutdruck sind dagegen weniger gut nachzuvollziehen (Tab. 2).

Tabelle 1: Chronische Koronarsyndrome. Erstellt nach [1]

- Patienten mit Verdacht auf KHK mit Symptomen der „stabilen“ Angina pectoris und/oder Dyspnoe
- Patienten mit neu aufgetretenen Symptomen einer Herzinsuffizienz oder linksventrikulärer Dysfunktion und Verdacht auf KHK
- Asymptomatische oder symptomatische Patienten mit stabilisierten Symptomen < 1 Jahr nach akutem Koronarsyndrom oder nach Revaskularisierung
- Patienten > 1 Jahr nach Erstdiagnose einer KHK oder Revaskularisierung
- Patienten mit Angina pectoris und Verdacht auf Vasospastik oder mikrovaskuläre Erkrankung
- Asymptomatische Patienten mit beim Screening diagnostizierter KHK

Tabelle 2: Antiischämische medikamentöse Therapie. Erstellt nach [1].

	Standardtherapie	Hohe Herzfrequenz (> 80 Schläge/min)	Niedrige Herzfrequenz (< 50 Schläge/min)	LV-Dysfunktion/ Herzinsuffizienz	Niedriger Blutdruck
1. Schritt	Betablocker/ Kalziumkanalblocker	Betablocker oder Nicht-Dihydropyridin- Kalziumkanalblocker	Dihydropyridin- Kalziumkanalblocker	Betablocker	Niedrigdosierte Beta- blocker oder niedrig- dosierte Nicht-Dihydro- pyridin-Kalziumkanalblocker
2. Schritt	Betablocker + Dihydropyridin- Kalziumkanalblocker	Betablocker + Kalzium- kanalblocker	Langwirksame Nitrate (LAN)	Betablocker + LAN oder Betablocker + Ivabradin	Ivabradin, Ranolazin oder Trimetazidin
3. Schritt	Second-line- Therapie	Betablocker+ Ivabradin	Dihydropyridin-Kalzium- kanalblocker + LAN	Alternative Second- line-Therapie	Kombination zweier Second-linie-Therapien
4. Schritt			Nicorandil, Ranolazin oder Trimetazidin		

■ Patienten mit reduzierter LVF/Dyspnoe

Diese Patientengruppe wird eingangs in den Guidelines als eigene Entität hervorgehoben, im entsprechenden Kapitel findet man dann aber neben einer Wiedergabe der Herzinsuffizienz-Guidelines enttäuschend wenige konkrete Hilfestellungen. Bei allen Patienten mit einer EF < 50 % wird die Durchführung einer Koronarangiographie und gegebenenfalls eine Revaskularisation empfohlen, die Rolle eines Vitalitätstests wird dabei nicht angesprochen.

■ Kontrollintervalle bei CCS

Bei den Kapiteln über Patienten mit mehr (> 1 Jahr) oder weniger (< 1 Jahr) lange bestehender Diagnose oder zurückliegendem Infarkt werden nun definierte Kontrollintervalle vorgeschlagen, was für die praktische Umsetzung effektiver Sekundärpräventions-Maßnahmen hilfreich sein könnte. Klinische Kontrollen mit EKG und Risikoevaluierung sollen zuerst in 6-monatigen Abständen und danach in etwa jährlichen Abständen durchgeführt werden. Echokardiographie und Ergometrie (mit Schwerpunkt Leistungsfähigkeit) werden 3 Monate nach dem Akutereignis, dann nach 1 Jahr und schließlich alle 3–5 Jahre vorgeschlagen.

Literatur:

1. Knuuti J, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2020; 41: 407–7.

■ CCS ohne epikardiale Stenose

Interessant lesen sich die Kapitel zur mikrovaskulären und vasospastischen Angina. Bei Patienten mit typischer Angina, positivem Ischämienachweis, aber nicht obstruktiver Koronarläsion liegt eine mikrovaskuläre Angina vor. Dabei muss zwischen einer verminderten koronaren Flussreserve und einer arteriolen Dysfunktion unterschieden werden. Erstere wird mit dem thransthorakalen LAD-Doppler, mittels MR, PET oder mit dem intrakoronaren Druck/Flußdraht evaluiert, letztere wird durch den Acetylcholintest diagnostiziert. Entsprechend dem CorMiCa-Trial sollen Patienten mit gestörter Flußreserve Betablocker, ACE-Hemmer und Statine erhalten, während Patienten mit pathologischem Acetylcholintest ident wie eine vasospastische Angina, also mit Kalziumkanalblockern und Nitraten, behandelt werden sollen.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek
Interne II – Kardiologie, Ordensklinikum Linz GmbH,
Barmherzige Schwestern
A-4010 Linz, Seilerstätte 4
E-Mail: peter.siostrzonek@ordensklinikum.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)