

MEDIZIN-UPDATE

Koronare Herzkrankheit

Neue Leitlinien legen **mehr Gewicht auf nicht invasive Stresstests**. Mit einem einfachen Risikorechner bestimmt der Arzt die therapeutische Strategie.

Text: Felicitas Witte, Wissenschaftsjournalistin und Ärztin
Bild: Emanuele Fucecchi

Jedes Jahr sterben in Europa über 1,7 Millionen Menschen an einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Von ihnen sind mehr als 700 000 jünger als 75 und mehr als 330 000 jünger als 65 Jahre. Jeder fünfte Todesfall in Europa ist auf eine KHK zurückzuführen. Die Risiken dürften jedem bekannt sein: Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und vor allem Rauchen. Früher oder später führt das zu Arteriosklerose, die sich am Herzen als KHK manifestiert. Bei Anstrengung oder in Ruhe löst das Angina Pectoris aus: Schmerzen in der Brust, die in Arm oder Kinn ausstrahlen können und einem das Gefühl geben, ein Reifen schnüre die Brust ein. Kürzlich gab die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) neue Leitlinien zur KHK heraus. «Die diagnostische Abklärung hat sich nur wenig geändert», sagt Franz Eberli, Chefkardiologe am Triemlispital in Zürich. Neu ist aber, dass der Arzt nach Anamnese und EKG und eventuell Röntgen-Thorax anhand

der Angina-Symptome und des Alters die Wahrscheinlichkeit berechnet, dass der Patient wirklich eine KHK hat. «Beträgt sie weniger als 15 Prozent, kann man von einer anderen Ursache der Schmerzen ausgehen», sagt Eberli. Bei mehr als 85 Prozent und heftigen, typischen Symptomen empfiehlt die Leitlinie, gleich eine Angiografie durchzuführen mit der Möglichkeit zur Ballondilatation oder Stent-Einlage. Bei 15 bis 85 Prozent soll zunächst mit weiteren nicht invasiven Untersuchungen das Ausmass der Ischämie unter Belastung bestimmt werden.

Koronare CT keine Screening-Methode

«Die Fahrradergometrie hat an Stellenwert verloren, weil sie Ischämien nicht gut genug aufdeckt», sagt Eberli. «Stattdessen empfiehlt die ESC eher Myokardszintigrafie, Stress-Echokardiografie oder Stress-Kernspintomografie.» Auch die koronare Computertomografie (CT) hat einen klaren Stellenwert bekommen. «Ich setze

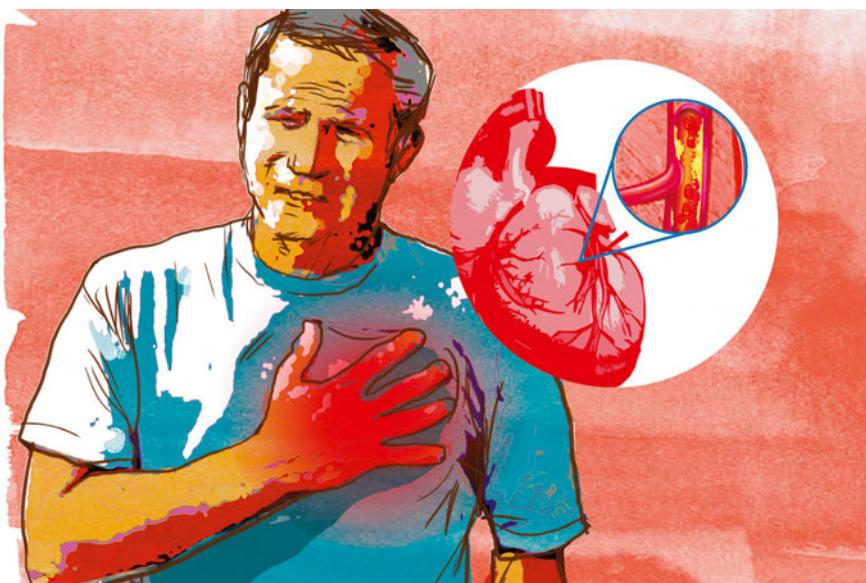
sie gerne bei jüngeren Patienten ein mit geringem oder mittlerem Risiko für eine KHK», sagt Eberli. «Ältere Menschen mit hohem Risiko haben meist ausgedehnte Koronarverkalkungen, die das Ausmass der KHK in der koronaren CT schlimmer aussehen lassen, als es ist. Als breit gefächerte Screening-Untersuchung eignet sich die Koronar-CT sicherlich nicht.» Zeigen die nicht invasiven Untersuchungen eine Minderdurchblutung des Herzens, ist eine Angiografie angebracht. Je nach Ausmass der Stenosen bekommt der Patient Medikamente, einen Stent oder einen Bypass. Bei ein oder zwei betroffenen Gefässen gilt als Standard ein medikamentenbeschichteter Stent der 3. Generation. «Der ist nicht nur besser, sondern auch sicherer als die nicht beschichteten Stents», sagt Eberli.

Ein Rauchstopp ist unumgänglich

Nach dem Eingriff muss der Patient mehrere Monate bis ein Jahr zwei verschiedene Thrombozytenaggregationshemmer einnehmen. «In Studien wird gerade untersucht, ob man das wirklich so lange machen muss», sagt Eberli. «Bis wir Ergebnisse haben, ist die lange Plättchenhemmung aber noch Standard.» Sind drei Gefässe verengt, raten die Kardiologen zu einem Bypass – vor allem wenn der Patient Diabetiker ist. Ob man mit Sport und Abnehmen eine KHK bessern kann, ist nicht sicher. In der grossen Look-AHEAD-Studie bekamen Typ-2-Diabetiker damit nicht seltener Herzinfarkte oder Schlaganfälle als die Sportmuffel. «Was sicher etwas bringt, ist, mit dem Rauchen aufzuhören», sagt Eberli. «Wenn jemand wirklich etwas für sein Herz und seine Gefässe tun möchte, ist ein Rauchstopp unumgänglich.»

Literatur

Eur Heart J 2013; 34(38): 2949–3003
Eur Heart J (2014), online vom 29.8.2014



Eine koronare Herzkrankheit äussert sich typischerweise durch Angina Pectoris. Die Schmerzen fühlen sich so an, als schnüre ein Reifen die Brust ein.