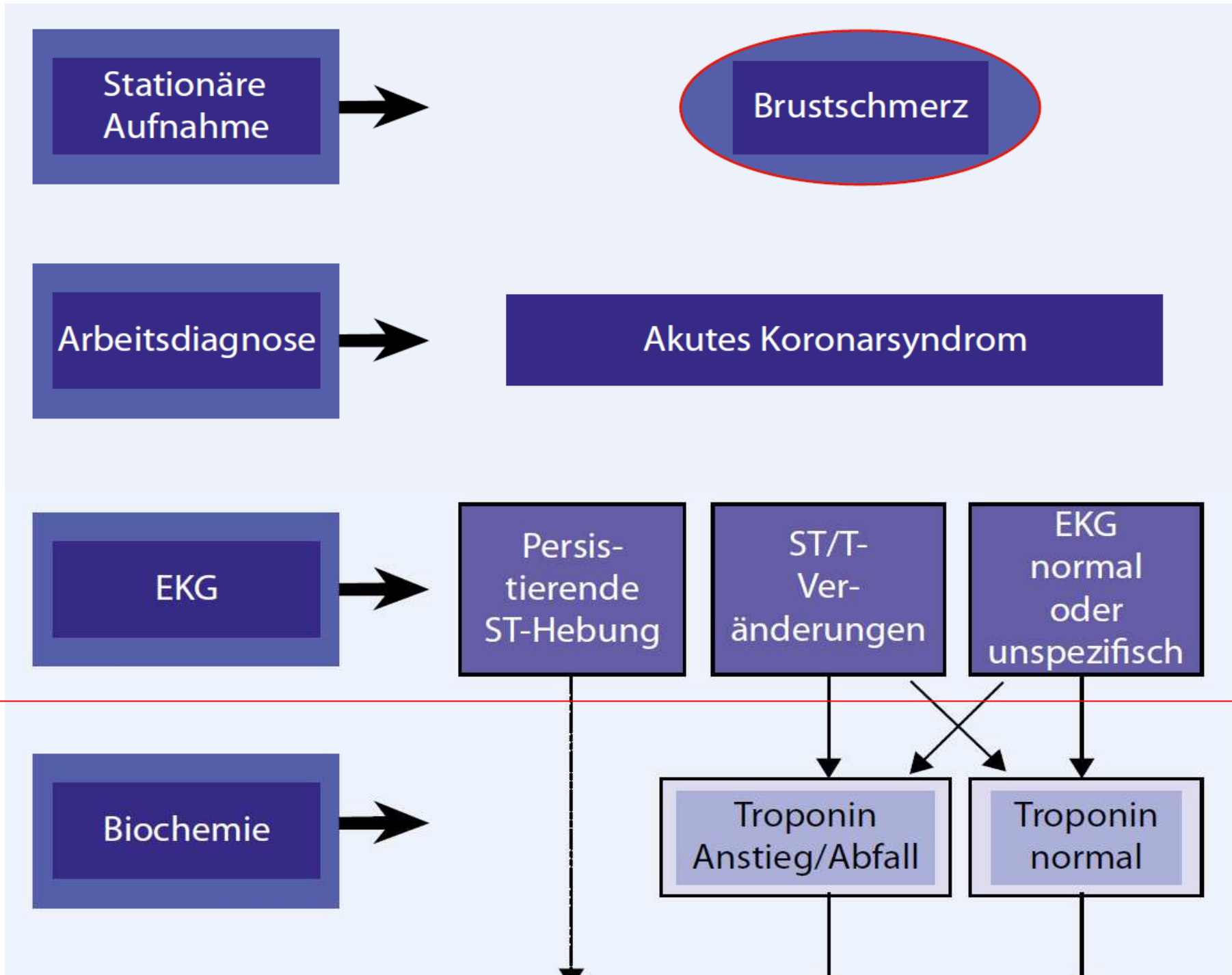


# UPDATE KARDIOLOGIE 2013

## Das akute Koronarsyndrom

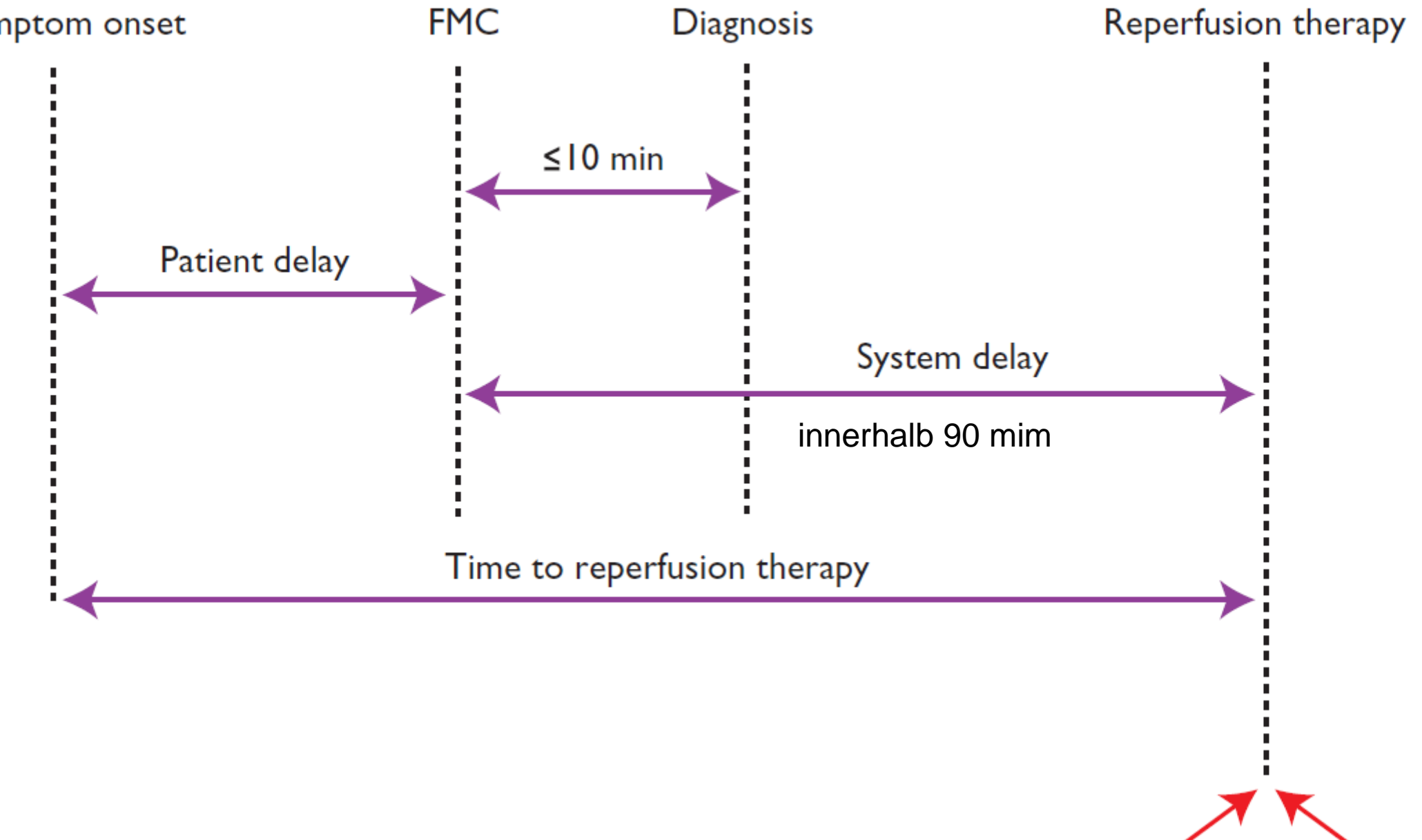
13.11.2013

Dr. med. M. Greif



Tel. 089  
Fax. 089

# STEMI



# **STEMI**

Klinikum Innenstadt Kardiologie

**Tel. 089 5160 5303**

**Handy 0172-8648575**

Transport mittels Notarzt aufgrund



# STEMI

Medikamentöse Therapie (vor HK):

Heparin 70-100 U/kg/Kg i.v.

ASS 250-500 mg i.v.

ADP-Rezeptor Antagonist

60 mg Prasugrel

80 mg Ticagrelor

Beta-Blocker bei Tachykardie  
oder Hypertonie

Zusätzliche Maßnahme

Sauerstoff

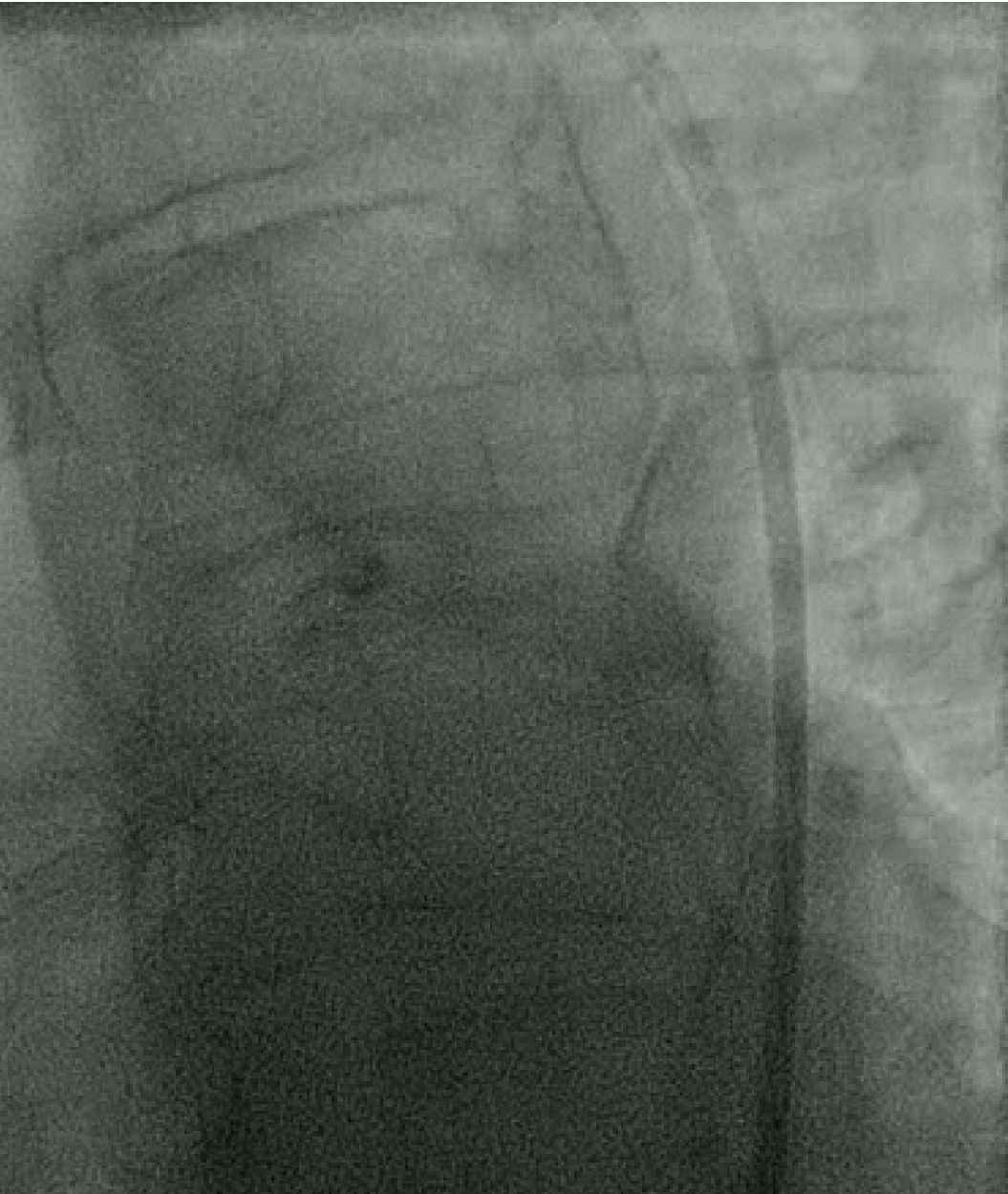
Schmerzmedikation

- Morphin

Sedierung

Nitrate

# STEMI



# STEMI

## Nach Entlassung

### Antithrombotische Therapie

Aspirin lebenslang für alle Patienten

P2Y<sub>1</sub>-Inhibitor für 12 Monate, wenn keine Kontraindikationen wie z. B. ein sehr hohes Blutungsrisiko besteht

### Lipidtherapie, Sekundärprävention

Lipidtherapie bei allen Patienten, Zielwert LDL-Cholesterin  $<70$  mg/dl

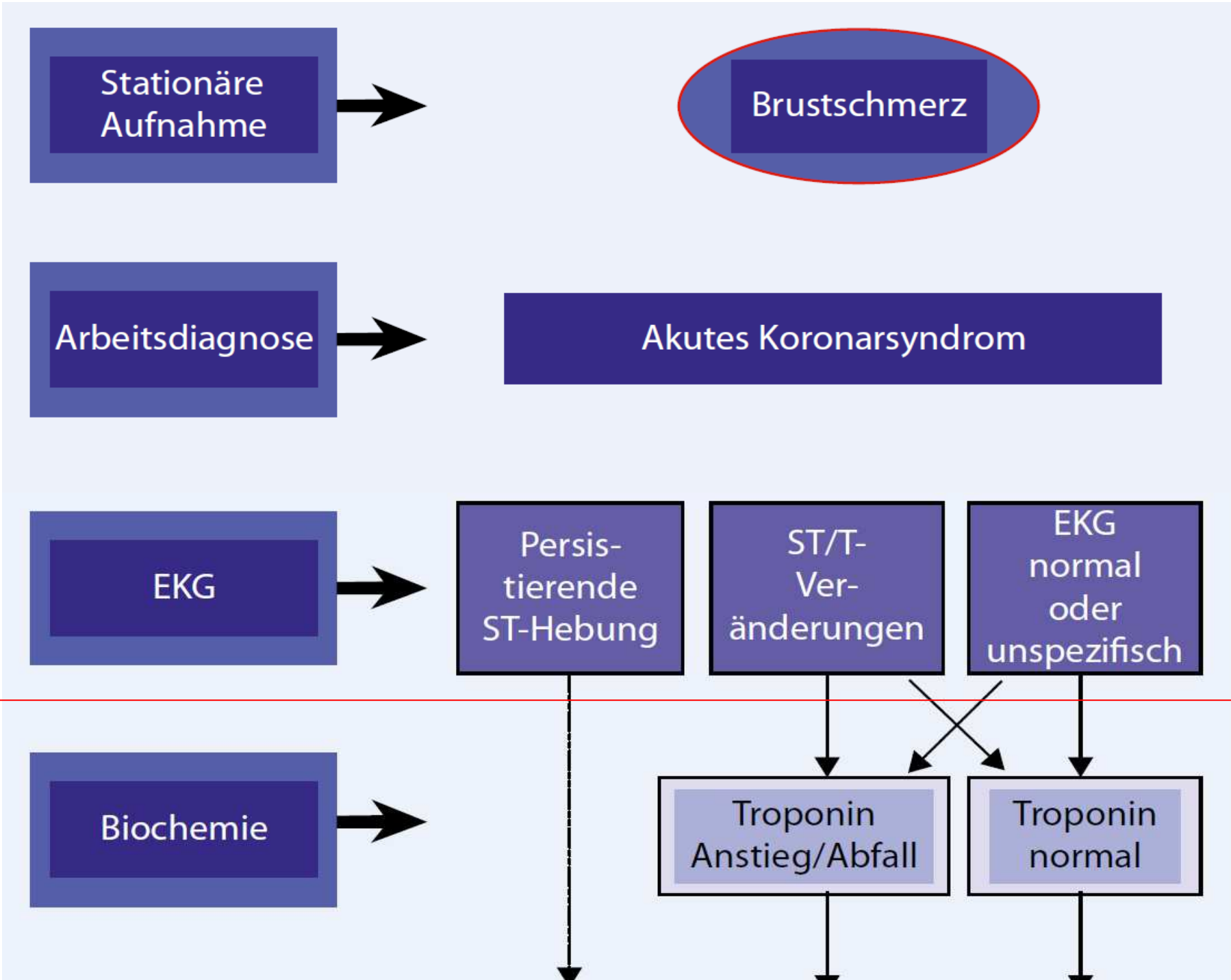
Beta-Blocker für alle Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LV-EF)  $<40\%$

Diuretika immer bei allen Patienten mit LV-EF  $<40\%$ , Patienten mit Symptomen der Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes oder Nierenversagen (nicht kontraindiziert)

Bei Patienten mit ACE-Hemmern auch bei allen anderen Patienten erwägen

Angiotensinrezeptorblocker mit nachgewiesener Effektivität als Alternative bei Intoleranz gegenüber ACE-Hemmern

Mineralocorticoidrezeptorantagonisten zusätzlich zu Betablockern und ACE-Hemmern, wenn LV-EF  $<35\%$





# Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS)

■ *Akuter Brustschmerz ohne anhaltende ST-Strecken-Hebung (NSTE-ACS):*

■ Bei diesen Patienten werden persistierende oder dynamische ST-Strecken-Senkungen, T-Wellen-Abnormalitäten oder unauffällige bzw. unspezifische EKG-Befunde gefunden. Die initiale Arbeitsdiagnose ist: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). Die weitere Strategie sieht das Beheben von Ischämie und Symptomen sowie die Sicherung der Diagnose durch serielle EKGs wie-

Marker der Myokardnekrose bildgebende Verfahren vor. An der Troponinmessung wird weiter unterschieden in Nicht-ST-Hebungs Myokardinfarkt (NSTEMI) und stabile Angina (■ Abb. 1).

# akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS)

## und nichtkardiale Differenzialdiagnosen des akuten Koronarsyndroms ohne ST-Strecken-Hebung

Pulmonal	Hämatologisch	Vaskulär	Gastrointestinal	Orthopädie
Lungenembolie	Sichelzellkrise	Aortendissektion	Ösophagusspasmus	Ban kun
Lungeninfarkt	Anämie	Aortenaneurysma	Ösophagitis	Ripp
Pneumonie/ Pneumonitis		Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Gastrointestinales Ulkusleiden	Mus ent
Pneumothorax			Pankreatitis	Kos
			Cholezystitis	Her

# akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTEMI-ACS)

antithrombotische Therapie:

100-150 U/kg/KG

Aspirin od.

Prasugrel

500 mg i.v.

oder Beta-Blocker



Verlegung in eine **Chest-PCI**

mit Notarzt oder Rettungsleitstelle

kein Loading mit  
Prasugrel oder

**utes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-AC**

Klinikum Innenstadt Kardiologie

**Tel. 089 5160 5303**

**Handy 0172-8648575**

# akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS)

## Entscheidungsalgorithmus beim akuten Koronarsyndrom

1. Klinische Evaluation

2. Diagnosefindung / Risikostratifizierung

3. Koronarangiographie

STEMI → Reperfusion

### Evaluation

- › Schmerzqualität
- › Symptomorientierte Untersuchung
- › Kurze Anamnese hinsichtlich KHK-Wahrscheinlichkeit
- › EKG (ST-Hebung)

ACS  
möglich

### Validierung

- › Ansprechen auf antianginöse Therapie
- › Labor / Troponin
- › EKG
- › Echokardiographie
- › Risikoscore (GRACE)
- › Risikokriterien (Tab. 9)
- › Optional: CT, MR,

Dringend  
<120 min

Früh  
<24 h

<72 h

Nicht

# akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTEMI-ACS)

## Antithrombotische Therapie

Aspirin lebenslang für alle Patienten

P2Y<sub>1</sub>-Inhibitor für 12 Monate, wenn keine Kontraindikationen wie z. B. ein sehr hohes Blutungsrisiko bestehen

## Medikation, Sekundärprävention

Statintherapie bei allen Patienten, Zielwert LDL-Cholesterin <70 mg/dl

Beta-Blocker für alle Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LV-EF) <40%

Diuretika bei allen Patienten mit LV-EF <40%, Patienten mit Symptomen der Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes oder Niereninsuffizienz (nicht kontraindiziert)

Bei Patienten mit ACE-Hemmern auch bei allen anderen Patienten erwägen

Angiotensinrezeptorblocker mit nachgewiesener Effektivität als Alternative bei Intoleranz gegenüber ACE-Hemmern

Mineralocorticoidrezeptorantagonisten zusätzlich zu Betablockern und ACE-Hemmern, wenn LV-EF <35%

Einweisung in ein strukturiertes Programm zur Sekundärprävention mit Intervention bzgl. Ernährung, Lebensstil, körperlicher Aktivität

---

ellen Dank für die Aufmerksamkeit