

Chronisches Koronarsyndrom



Auch als App für iOS und Android

CardioCard

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (2021)
ESC Pocket Guidelines. Chronisches Koronarsyndrom, Version 2019. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald

Verwendung mit freundlicher Genehmigung der European Society of Cardiology

Bearbeitet von: David Leistner, Mark Rosenberg



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



ESC

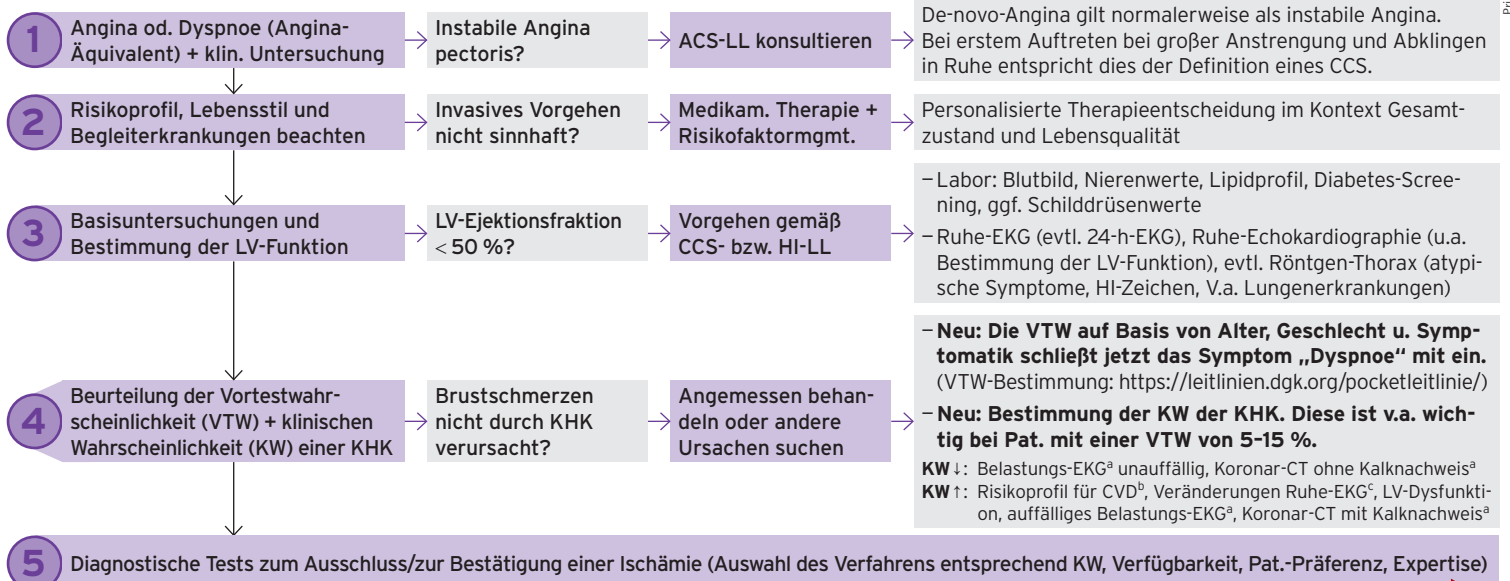
European Society
of Cardiology

DG&M

Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

CardioCards stellen eine Zusammenfassung wichtiger Inhalte der Leitlinien dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
Zur weiteren Information sei auf die Vollversion der Leitlinien verwiesen.

Schrittweiser diagnostischer Ansatz bei Patienten mit Verdacht auf KHK



SEHR GERING	KLINISCHE WAHRSCHEINLICHKEIT FÜR EINE OBSTRUKTIVE KHK		SEHR HOCH
Keine diagn. Tests erforderlich	Koronare CTA - Bei geringer klinischer Wahrscheinlichkeit - Zum Screening Ausmaß Atherosklerose - Hohe Untersuchungsqualität antizipiert - Bisher keine KHK bekannt - Wenn nicht-invasive Tests unklar/nicht diagnost. sind, evtl. alternativ zur invasiven Angiographie	Funktionelle Bildgebung (nicht invasiv)^d - Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit - Wenn eine Revaskularisation wahrscheinlich ist oder bereits eine KHK in der Anamnese vorliegt - Wenn CTA nicht diagnostisch verwertbar ist oder in den Kontext einer funktionellen Läsionsbeurteilung gesetzt werden soll	Angiographie (+Bestimmung FFR/iwFR) - Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit - Bei schwerer, refraktärer Symptomatik - Bei Hinweisen auf Hochrisikokonstellation - Wenn LV-Dysfunktion auf KHK hinweist - Evtl. zur KHK-Bestätigung bei unklarer Diagnose nach nicht-invasiven Tests

6 Beurteilung des Ereignisrisikos auf der Basis funktioneller Untersuchungen; Kriterien der einzelnen Untersuchungen für ein hohes Risiko → siehe CCS-Leitlinie
CAVE: Verdacht auf mikrovaskuläre Angina bei Pat. mit anhaltenden Symptomen, „normalen“ Arterien im Angiogramm od. moderaten Stenosen ohne hämodynamische Stenoserelevanz (FFR/Ruheindex)

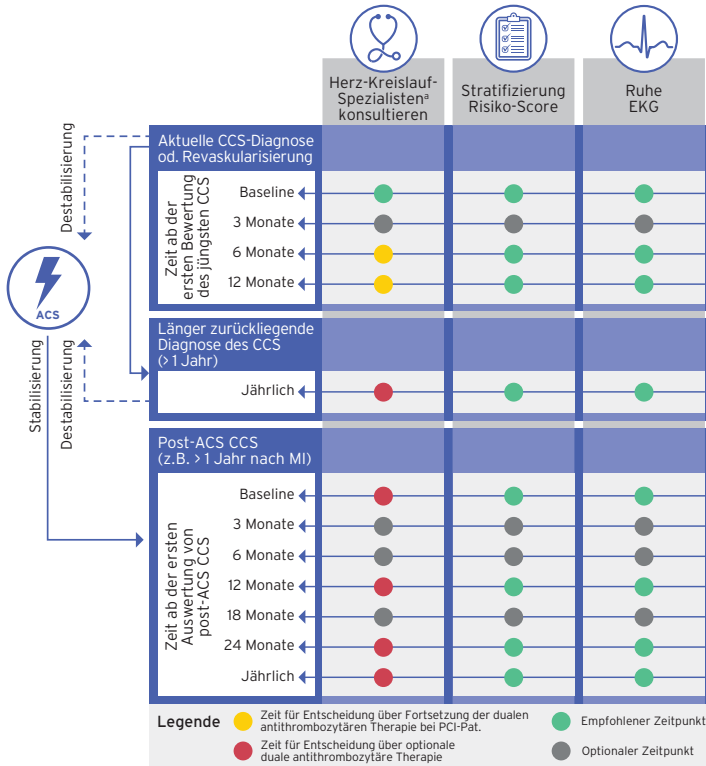
Aktuelle Therapieempfehlungen bei Patienten mit bestätigtem CCS (Auswahl)

Lebensstiländerungen	Lebensstilmodifikation zusätzlich zur Pharmakotherapie/Revaskularisation.
Pharmakotherapie	Symptomverringerung: I. Antiischämische Therapie; Sekundärprävention: II. Antithrombotische Therapie + RF-Modifikation.
I. Antiischämische Therapie	- Die Therapie individuell an die Pat. anpassen (Komorbiditäten, Ko-Therapien, Toleranz, Adhärenz und Vorlieben). - Die Wirkstoffe sollten entsprechend der Herzfrequenz, des Blutdrucks und der LV-Funktion der Pat. ausgewählt werden. - Betablocker und/oder Kalziumkanalblocker vom Dihydropyridin-Typ bleiben Erstlinientherapeutika bei CCS-Patienten. - Betablocker sind empfohlen bei Pat. mit LV-Dysfunktion. - Langwirksame Nitrate können Toleranzentwicklung mit Verlust an Wirksamkeit induzieren.
II. Antithrombotische Therapie	- Bei CCS + SR: Bei Pat. mit stattgefundenem MI od. Revaskularisation ASS 75-100 mg/d lebenslang, wenn keine Indikation für OAK; Dauertherapie: bei ASS-Unverträglichkeit Clopidogrel 75 mg/d; bei hohem Risiko für ischämische Ereignisse: Prolongierte DAPT oder Rivaroxaban 2,5 mg zum ASS 1-0-1 erwägen. - Bei CCS + SR nach PCI: Nach Stenteinlage Aspirin 75-100 mg/d; zusätzlich Clopidogrel 75 mg/d (nach Aufsättigung) über 6 M nach Einsetzen eines Stents empfohlen (unabh. von Stenttyp); bei hohem Blutungsrisiko/lebensbedrohlicher Blutung (1-3 M). - Bei CCS und VHF: Bei Einleitung einer OAK u. fehlenden KI, NOAK ^e gegenüber VKA bevorzugen. - Bei VHF nach PCI oder anderer OAK-Indikation: Duale Therapie (P2Y ₁₂ -Antagonist [meistens Clopidogrel] über 6 M + NOAK in reduzierter Dosis) statt Triple-Therapie immer bevorzugen (außer ischämisches Risiko sehr hoch).
III. Risikofaktorenmodifikation	- Intensivierte Statintherapie: Ziel-LDL < 55 mg/dl + Senkung um mindestens 50% zum Ausgangswert (bei erneutem CV Ereignis binnen 2 Jahren: Ziel-LDL < 40 mg/dl); wenn LDL-Ziel nicht erreicht: Kombinationstherapie mit Ezetimib und ggf. PCSK9-Inhibitor-Therapie erwägen. - ACE-Hemmer (od. Angiotensin-Rezeptor-Blocker): Empfohlen bei Pat. mit HI, DM, Hypertonie → Hochrisikopatienten! - PPI: Empfohlen bei Pat. mit Aspirin od. einer antithrombotischen Kombinationstherapie und hohem Risiko für GI-Blutungen.
Revaskularisation	- Vor Revaskularisation: Invasive funktionelle Untersuchung (FFR, Ruheindex) zur Stenosenbeurteilung durchführbar (Ausnahme: Lumeneinengung > 90 %) - Entscheidung für eine Revaskularisation (PCI oder koronarer Bypass) orientiert sich am klinischen Bild (Symptome ja/nein) und an dokumentierten Ischämien (ja/nein); liegt keine Dokumentation vorangegangener Ischämien vor, hängt die Indikation für eine Revaskularisation von der invasiven Beurteilung des Stenosegrads oder den prognostischen Indikationen ab.

^afalls verfügbar; kein koronares Calcium in der Computertomographie (CT) bedeutet Agatston-Score = 0, ^bDyslipidämie, Diabetes, Hypertonie, Rauchen, CVD in der Familienanamnese, ^cQ-Zacke od. ST-Strecke/T-Welle, ^dBelastungs-EKG, Kardio-MRT unter Belastung, Einzelphotonen-Emissions-CT, Positronen-Emissionstomographie, ^eSiehe Zusammenfassung der Produktmerkmale für geringere Dosierungen od. Kontraindikationen der einzelnen NOAK bei Pat. mit chron. Nierenerkrankung, Körpergewicht < 60 kg, Alter > 75-80 Jahre u./od. Arzneimittelwechselwirkungen
Abkürzungen: ACS Akutes Koronarsyndrom; CCS Chronisches Koronarsyndrom; CVD Kardiovaskuläre Erkrankung; CTA Computertomographie-Angiographie; d Tag; DAPT Duale Antiplättchen-therapie; DM Diabetes mellitus; EKG Elektrokardiogramm; GI Gastrointestinal; HI Herzinsuffizienz; iwFR/FFR Instant Wave-Free Ratio/Fractional Flow Reserve; KI Kontraindikationen; KHK Koronare Herzkrankheit; KW Klinische Wahrscheinlichkeit; LV Linksventrikulär; LL Leitlinie(n); M Monat(e); MI Myokardinfarkt; NOAK Nicht-Vitamin-K orales Antikoagulans; OAK Orale Antikoagulation; Pat. Patient(en); PCI Perkutane koronare Intervention; PPI Protonenpumpeninhibitoren; RF Risikofaktor(en); SR Sinusrhythmus; TAVI Transcatheter Aortic Valve Replacement; US Untersuchung; VKA Vitamin-K-Antagonist; VHF Vorhofflimmern; VTW Vortestwahrscheinlichkeit.

Patienten mit bekannter CCS-Diagnose benötigen eine lebenslange Therapie und Überwachung des Gesundheitszustands.

Vorgehen bei Patienten mit bekanntem chronischen Koronarsyndrom



Vorgehen bei asymptomatischen Patienten:

- Regelmäßige Untersuchungen bei Herz- und Gefäßspezialisten zur Neubewertung von Risikofaktoren bei Änderungen der Situation empfohlen (klinische Bewertung, Therapieadhärenz, Verlauf von Komorbiditäten).
- Medikamentös behandelte Pat.: Bei Hinweisen auf Hochrisikokonstellation (nicht-invasiver Ischämietest) invasive Koronarangiographie (+ FFR/Ruheindex) empfohlen

Vorgehen bei symptomatischen Patienten:

- Erneute (dringliche) KHK-Beurteilung bzw. Risikostratifizierung empfohlen:
 - bei Verschlechterung der LV-Funktion ohne reversible Ursache
 - bei Pat. mit neu auftretenden Symptomen oder Verschlechterung
- Invasive Koronarangiographie (mit FFR/iwFR, falls notwendig) zur Risikostratifizierung ist bei Pat. mit schwerer KHK empfohlen, v.a. bei Pharmakotherapie-refraktären Symptomen oder Hochrisikokonstellation.

Empfehlungen zum Einsatz ausgewählter diagnostischer Verfahren

- Ruhe-Echokardiographie: Frühzeitig (z.B. 1-3 Monate) nach der Revaskularisation als Referenz u./od. periodisch (z.B. nach 1 Jahr, wenn vorher abnormal u./od. alle 3-5 Jahre) zur Beurteilung der LV-Funktion, des Klappenstatus u. des hämodynam. Status.
- Belastungstest zur induzierbaren Ischämie: Bei Bedarf, um Veränderungen des Symptommiveaus zu untersuchen, u./od. frühzeitig nach der Revaskularisation (z.B. 1-3 Monate) als Referenz u./od. regelmäßig (z.B. alle 3-5 Jahre), um die Ischämie neu zu bewerten.
- Invasive Koronarangiographie: Bei Bedarf bei Patienten mit hohem Risiko basierend auf nicht invasiven Ischämie-Tests oder mit schweren Angina-Symptomen (z.B. CCS-Klasse 3-4). Nicht alleinig zur Risikostratifizierung empfohlen.

Die Häufigkeit der Untersuchungen kann aufgrund klinischer Beurteilungen variieren. ^aKardiologen, Internisten, Hausärzte, Herz-Kreislauf-Pflegeexperten. **QUELLE:** Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufrorschung e.V. (2020). ESC Pocket Guidelines. Chronisches Koronarsyndrom. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald. Kurzfassung der „2019 ESC Guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes“ (Eur Heart J; 2019 - 10.1093/eurheartj/ehz425).

