

Leserbrief

Offene Fragen bei einem komplexen Thema

Leserbrief zu: Bonetti PO. Stabile Angina pectoris: Wer soll invasiv abgeklärt werden?¹

Bei diesem Artikel habe ich einige Punkte vermisst, die ich im Folgenden ansprechen möchte.

1. Das Problem der DES (*drug eluting stents*), die eine einjährige Nachbehandlung mit ASS und Clopidogrel (oder Prasugrel) nach sich ziehen, wird nicht angesprochen. Dies gibt grössere Probleme, falls in dieser Zeit eine Operation anstehen sollte (z.B. Appendektomie, Cholezystektomie etc.). Diese Probleme fallen in der Tat nicht beim Kardiologen an, sondern beim Hausarzt und evtl. beim Chirurgen. Das Auftreten ist selbstverständlich unabhängig davon, ob der Stent gut indiziert war oder nicht.
2. Der Leser dürfte sich dafür interessieren, wie häufig prognostisch relevante Hochrisikopatienten in einem unselektionierten Kollektiv von Patienten mit vermuteter stabiler KHK vorkommen. Es ist ein Unterschied beim Entscheid zu weiteren, nicht-invasiven Abklärungen, ob die Vortestwahrscheinlichkeit hoch ist oder nicht (z.B. 5 statt 50%).
3. Ebenfalls von Interesse ist die Frage, ob es aus der Anamnese oder dem Belastungstest Hinweise gibt, die auf einen Hochrisikofall hindeuten würden (einmal abgesehen von der Herzinsuffizienz und Status nach Myokardinfarkt, die im Text erwähnt wurden). In meiner Erfahrung ist eine protrahierte ST-Senkung über der Vorderwand während der Belastung ein Zeichen z.B. für eine Hauptstammstenose. Auch BD-Abfall, Blässe, Kollapstendenz verlangen eine weitere Abklärung, während eine normale maximale Belastung ein prognostisch gutes Zeichen setzt, unabhängig vom Vorliegen relevanter Koronarstenosen.

Markus Gnädinger

Korrespondenz:

Dr. med. Markus Gnädinger
 Birkenweg 8
 CH-9323 Steinach
markus.gnaedinger@hin.ch

Replik

Das Thema «Welcher Patient mit stabiler Angina pectoris soll invasiv abgeklärt werden?» wird sehr kontrovers diskutiert. Hier stehen sich auf der einen Seite die interventionell tätigen Kardiologen, welche die Indikation zur invasiven Abklärung sicherlich grosszügiger (evtl. manchmal zu grosszügig) stellen, und auf der anderen Seite die nicht interventionell tätigen Ärzte (Internisten, Allgemeinpraktiker und nicht-invasive Kardiologen), welche die Indikation zur Linksherzkatheteruntersuchung zurückhaltender (evtl. manchmal zu zurückhaltend) stellen, gegenüber. Beide Lager haben ihre Argumente, die aufgrund der heutigen Datenlage auch begründet werden können. Wichtig scheint es mir deshalb festzuhalten, dass der Entscheid, ob eine invasive Abklärung durchgeführt werden soll oder nicht, individuell unter Einbezug möglichst vieler Aspekte (Nutzen, Risiko, Folgen, Patientenwunsch, Kosten etc.) getroffen wird. In diesem Sinne habe ich in meinem Artikel versucht, einen Weg aufzuzeigen, der es ermöglicht, die Mehrheit der betroffenen Patienten vernünftig abzuklären. Es ist mir aber klar, dass nicht alle Patienten in dieses Schema passen.

Das Problem der längerfristigen dualen Tc-Aggregationshemmung nach Implantation von beschichteten Stents (*drug-eluting stents*) ist unbestritten. Die Einflechtung dieser speziellen und komplexen Problematik hätte den Rahmen meines Artikels gesprengt. Zudem denke ich, dass hier besonders die interventionell tätigen Kardiologen gefragt sind, welche schliesslich entscheiden müssen, ob es gerechtfertigt ist, eine zwölfmonatige Kombinationstherapie durchzuführen, oder ob allenfalls ein unbeschichteter Stent (*bare-metal stent*) implantiert werden sollen, um so die Dauer der Kombinationstherapie auf sechs Wochen zu begrenzen. Dafür ist es aber unabdingbar, dass dem Interventionalisten sämtliche Informationen zur Verfügung stehen, die er braucht, um diesen nicht immer einfachen Entscheid zu treffen. Es ist aber klar, dass viele «Folgeprobleme», bei welchen eine duale Tc-Aggregationshemmung problematisch ist, zum Zeitpunkt einer interventionellen Behandlung nicht absehbar sind.

Obwohl mit keine genauen Zahlen bekannt sind, denke ich, dass in einem «normalen» Patientenkollektiv, wie es der Praktiker im Alltag sieht, der Anteil an Hochrisikopatienten relativ klein ist. Im Gegensatz dazu dürfte

¹ Schweiz Med Forum. 2010;10(39):662–6.

der Anteil an Hochrisikopatienten im selektionierten Patientenkollektiv eines Kardiologen sicher höher sein. Wichtig scheint mir festzuhalten, dass es praktisch unmöglich ist, bei Patienten mit stabiler AP aufgrund der Anamnese zu entscheiden, ob eine prognostisch ungünstige KHK vorliegt oder nicht. Somit gibt die Anamnese bei dieser Patientengruppe einen Hinweis auf die Vortestwahrscheinlichkeit einer KHK (welche wir benutzen, um zu entscheiden, ob eine Ergometrie sinnvoll ist oder nicht), aber nicht auf deren Ausmass.

Die diagnostischen und prognostischen Beurteilungskriterien eines Belastungstests sind komplex, so dass ich mich in meinem Artikel auf die Nennung der wichtigsten, in den aktuellen Guidelines erwähnten Hochrisikokriterien, welche mit einem jährlichen Mortalitätsrisiko >3% einhergehen, beschränkt habe. Obwohl ich absolut einverstanden bin, dass ein belastungsabhängiger BD-Abfall unter den Ausgangswert

einen Hinweis für eine relevante Ventrikelfunktionsstörung und/oder eine ausgedehnte Myokardischämie darstellen kann, spielt gerade bei der Beurteilung subjektiver resp. schwer quantifizierbarer Zeichen (Blässe, Kollapsneigung während resp. nach einer Ergometrie etc.) die Erfahrung des Untersuchers eine entscheidende Rolle, da solche Symptome z. B. auch bei untrainierten Personen ohne KHK auftreten können und somit nicht sehr spezifisch sind. Diese Zeichen sind aber ein gutes Beispiel für die Wichtigkeit der Integration aller Beobachtungen bei der Beurteilung eines Belastungstests. Aufgrund der komplexen Problematik wäre aber sicher ein separater Artikel zum Thema «Durchführung und Interpretation der Fahrradergometrie» in einer künftigen Ausgabe des *Swiss Medical Forum* zu begrüssen.

Piero O. Bonetti