



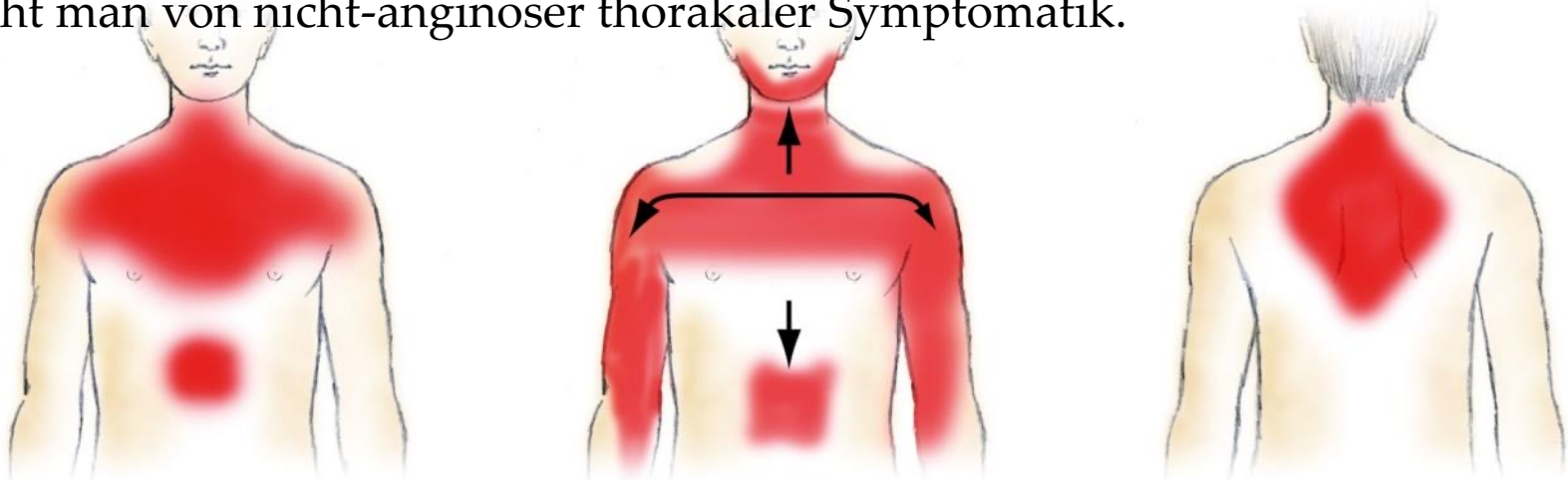
Herbsttagung Schkopau 2022
- KHK in der Praxis
Chefarzt Dr. med. Burcin Özüyaman
- Asklepios Klinik Weißenfels –

Diagnostik bei Verdacht auf KHK

Typische Angina Pectoris liegt vor, wenn alle drei der folgenden Charakteristika erfüllt sind:

- retrosternale Symptomatik von kurzer Dauer
- Auslösung durch körperliche oder psychische Belastung
- Rückgang in Ruhe und/oder innerhalb weniger Minuten nach Nitratapplikation

Werden nur zwei dieser drei Charakteristika erfüllt, spricht man von einer "atypischen Angina pectoris". Trifft nur einer oder keiner dieser drei Punkte zu, so spricht man von nicht-anginöser thorakaler Symptomatik.



Marburger Herz-Score



Höheres Alter? Männer ab 55 Jahre, Frauen ab 65 Jahr - ja 1 Punkt - nein 0 Punkte

Vermutet der Patient eine Herzkrankheit als Ursache? - ja 1 Punkt - nein 0 Punkte

Frage „Viele Menschen machen sich bei solchen Schmerzen Sorgen, dass es das Herz sein könnte. Vermuten Sie das auch?“

Frage bei Patienten mit einer bekannten KHK " Sind die aktuellen Beschwerden zur bisher erlebten Symptomatik der KHK vergleichbar?"

Sind die Schmerzen abhängig von körperlicher Belastung? - ja 1 Punkt - nein 0 Punkte

Als „ja“ ist zu bewerten, wenn die Schmerzen durch körperliche Belastung ausgelöst oder verstärkt werden (bzw. nach Ende wieder abklingen).

Als „nein“ zu werten ist, wenn die Schmerzen durch bestimmte Bewegungs- oder Haltungsmuster getriggert sind.

Sind die Schmerzen durch Palpation reproduzierbar? - ja 0 Punkt - nein 1 Punkte

Ist bereits eine vaskuläre Erkrankung bekannt? - ja 1 Punkt - nein 0 Punkte

Hierzu zählen allein arteriosklerotische Gefäßerkrankungen (KHK, periphere AVK, Schlaganfall, TIA)

KHK-Wahr.: 0/1-sehr gering (< 1%); 2-gering (4%);3-mittel (17%); 4/5-hoch (50%)

Beispiele Herz-Score:

Ein Patient (43 Jahre; keine bekannte vaskuläre Erkrankung; nimmt nicht an, dass die Schmerzen mit dem Herzen in Verbindung stehen; Schmerzen sind durch Palpation auslösbar und nicht belastungsabhängig) hat eine Score-Wert von 0 Punkte.

Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary heart disease in Primary Care. Development and international validation of a simple rule. CMAJ. 2010;182(12):1295-300.

Beispiele Herz-Score:

Ein Patient (43 Jahre; keine bekannte vaskuläre Erkrankung; nimmt nicht an, dass die Schmerzen mit dem Herzen in Verbindung stehen; Schmerzen sind durch Palpation auslösbar und nicht belastungsabhängig) hat eine Score-Wert von 0 Punkte.

Durch die Information, dass er zudem seit zwei Jahren einen Diabetes mellitus hat, erhöht sich zwar die Wahrscheinlichkeit einer KHK als Ursache, aber nur sehr geringfügig. Eine weitere Diagnostik in Richtung einer KHK wäre nicht gerechtfertigt.

Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary heart disease in Primary Care. Development and international validation of a simple rule. CMAJ. 2010;182(12):1295-300.

Beispiele Herz-Score:

Ein Patient (68 Jahre, nimmt an, dass die Schmerzen mit dem Herzen in Verbindung stehen; eine vaskuläre Erkrankung ist bereits bekannt) hat 3 Punkte. Damit ist eine KHK als Ursache des Brustschmerzes so wahrscheinlich, dass eine weitere Diagnostik gerechtfertigt erscheint. Laut Angaben des Patienten ist der Brustschmerz mit einem zeitgleich aufgetretenen Husten assoziiert.

Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary heart disease in Primary Care. Development and international validation of a simple rule. CMAJ. 2010;182(12):1295-300.

Beispiele Herz-Score:

Ein Patient (68 Jahre, nimmt an, dass die Schmerzen mit dem Herzen in Verbindung stehen; eine vaskuläre Erkrankung ist bereits bekannt) hat 3 Punkte. Damit ist eine KHK als Ursache des Brustschmerzes so wahrscheinlich, dass eine weitere Diagnostik gerechtfertigt erscheint. Laut Angaben des Patienten ist der Brustschmerz mit einem zeitgleich aufgetretenen Husten assoziiert.

Dies kann im konkreten Einzelfall zum Anlass genommen werden, auf die KHK-Diagnostik zunächst zu verzichten und stattdessen als diagnostische Strategie ein abwartendes Offenhalten zu wählen.

Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary heart disease in Primary Care. Development and international validation of a simple rule. CMAJ. 2010;182(12):1295-300.

Ursache für Brustschmerzen in der Hausarzt-Praxis:

Akutes Koronarsyndrom 2-4%

Chronisches Koronarsyndrom 8-11%

Brustwandsyndrom 43-47% (HWS-BWS Syndrom, Intercostalneuralgien)

Psychogene Ursachen 10-12%

Erkrankungen der Atemwege 10-12%

Gastrointestinale Ursachen 4-7% (Gastritis, Ulcus, Reflux, Cholecystitis)

Hypertensive Krise 1-4%

Arrhythmien 1-2%

Beispiel aus der Praxis

Frau L., geb. August 1949 (Aufenthalt 01.11.-03.11.2022)

Heute bei hypertensiver Entgleisung in ambulanter Behandlung gewesen.

Troponin **Schnelltest** ambulant **negativ**.

Sie selbst sei beim Hausarzt vorstellig gewesen, da sie seit gestern zum insgesamt dritten mal in den letzten Monaten ein thorakales Druckgefühl verspürt habe, welches nach Gabe eines vom Hausarzt heute bei hypertensiven Blutdruckwerten neu verordneten Medikaments nicht mehr da gewesen wäre.

Bei Aufnahme werden Brustschmerzen, belastungsabhängige Schmerzen, Luftnot verneint. Schmerzen nicht durch Druck auslösbar.

EKG: normofrequenter SR, HF 73/ min, LT, PQ 178 ms, QRS 86 ms, R/S Umschlag bei V4/ V5, keine pathol. ST- Strecken- Veränderungen.

Risikof.: Arterielle Hypertonie, Nikotin (ca. 40 PY), LDL-C 4,8mmol/l; HbA1c 5,5%
Medikation: Valsartan 320mg 1-0-0

Diagnose/n:

Hypertensive Entgleisung

Beispiel aus der Praxis

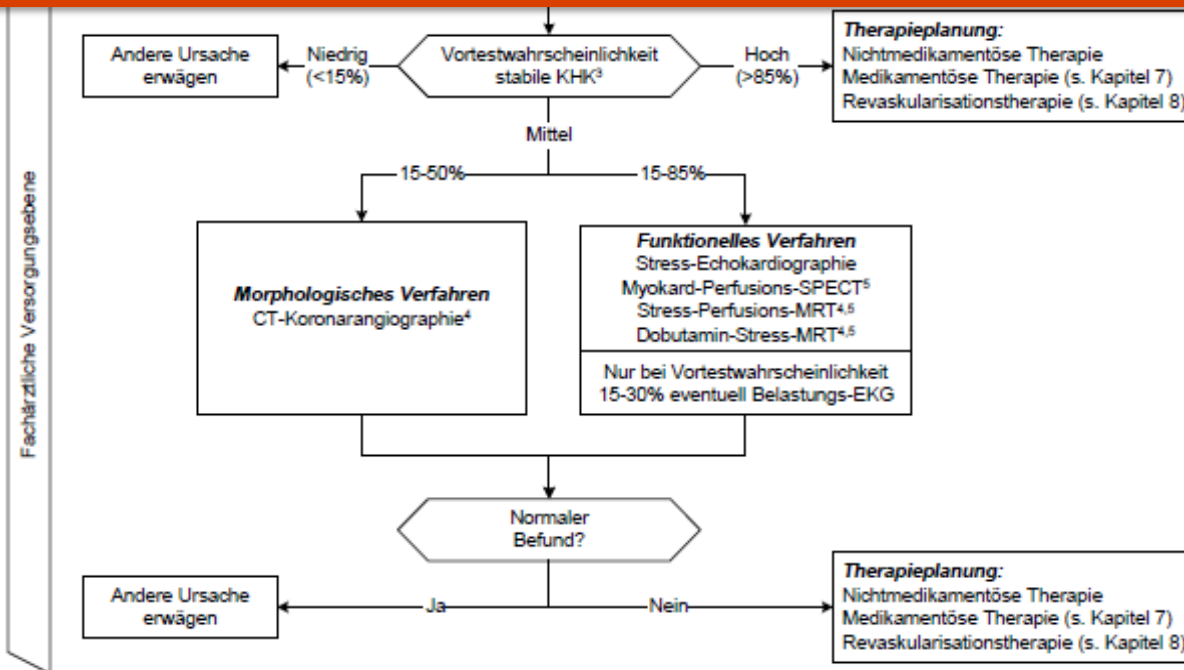
Frau L., Marie-Luise, geb. August 1949 (Aufenthalt 01.11.-03.11.2022)

Transthorakale Echokardiographie vom 02.11.2022:

Zusammenfassende Beurteilung:

1. Gute LV-Pumpfunktion ohne relevante Kinetikstörungen, EF 70%.
2. Keine relevanten Klappenvitien.
3. LV-Hypertrophie. Diastolische Compliancestörung.

FA



Beispiel aus der Praxis

Frau L., geb. August 1949 (Aufenthalt 01.11.-03.11.2022)

Heute bei hypertensiver Entgleisung in ambulanter Behandlung gewesen.

Troponin **Schnelltest** ambulant **negativ**.

Der im Labor ambulant erfolgte Troponin Test habe dann einen 5fach erhöhten Wert ergeben (Troponin 235 ng/l bei Normwert bis 45 ng/l).

Daraufhin habe sie der Hausarzt angerufen und die Vorstellung in unserer Notaufnahme empfohlen.

Sie selbst sei beim Hausarzt vorstellig gewesen, da sie seit gestern zum insgesamt dritten mal in den letzten Monaten ein thorakales Druckgefühl verspürt habe, welches nach Gabe eines vom Hausarzt heute bei hypertensiven Blutdruckwerten neu verordneten Medikaments nicht mehr da gewesen wäre.

Bei Aufnahme werden Brustschmerzen, belastungsabhängige Schmerzen, Luftnot verneint. Schmerzen nicht durch Druck auslösbar.

EKG: normofrequenter SR, HF 73/ min, LT, PQ 178 ms, QRS 86 ms, R/S Umschlag bei V4/ V5, keine pathol. ST- Strecken- Veränderungen.

Risikof.: Arterielle Hypertonie, Nikotin (ca. 40 PY), LDL-C 4,8mmol/l; HbA1c 5,5%

Medikation: Valsartan 320mg 1-0-0 Labor: TropI 192ng/l (Referenz 13,8-17ng/l)

Diagnose/n:

Hypertensive Entgleisung, formal NSTEMI