

Notfallpatienten mit Brustschmerz

Instabile Angina ist seltener als NSTEMI

Patienten, die mit Symptomen eines akuten Koronarsyndroms in die Notfallambulanz kommen, haben deutlich häufiger einen Nicht-ST-Hebungsinfarkt als eine instabile Angina pectoris.

Wie sich die Inzidenzen von instabiler Angina und Nicht-ST-Hebungsinfarkten (NSTEMI) in der Gruppe jener Patienten verteilen, die mit Verdacht auf akutes Koronarsyndrom in der Notaufnahme erscheinen, hat eine Gruppe von Spezialisten für kardiovaskuläre Erkrankungen um Christian Puelacher, Abteilung für Kardiologie am Universitätsspital Basel, herauszufinden versucht. Die Mediziner unterzogen dafür die Daten von insgesamt knapp 9.000 Patienten der APACE- und der High-STEACS-Studie einer Sekundäranalyse.

Warum ihr Interesse gerade instabiler Angina und NSTEMI gilt, begründen die Forscher mit der verbreiteten Ansicht, wonach die beiden Entitäten entlang eines gemeinsamen Spektrums von Patientenmerkmalen, pathophysiologischen Mechanismen und Folgekomplikationen existieren. Daher würden die einschlägigen Leitlinien sie mit Blick auf die Behandlung zusammenfassen.

Gemeinsames Spektrum?

Die Analysen von Puelacher und Kollegen münden in fünf Hauptresultate:

1. Die Inzidenz instabiler Angina bei Verdacht auf akutes Koronarsyndrom liegt unter 10%, sie beträgt nur etwa die Hälfte der NSTEMI-Inzidenz. Das ist wesentlich den verfügbaren hochsensitiven Tests auf kardiales Troponin geschuldet, durch die eine falsche Klassifikation eines NSTEMI als instabile Angina unwahrscheinlicher wird.
2. Patienten mit instabiler Angina weisen häufiger als NSTEMI-Patienten kardiovaskuläre Risikofaktoren auf, etwa eine schon zuvor diagnostizierte koronare Herzkrankheit (> 70% vs. < 50%).
3. Die Gesamtsterblichkeit unter Patienten mit instabiler Angina ist relativ gering.

30 Tage und ein Jahr nach dem Ereignis beträgt sie 0,5–0,7% bzw. 3,3–5,1% (vs. 3,7–7,4% bzw. 10,4–22,9% nach NSTEMI). Das ist angesichts des hohen Anteils an KHK-Patienten beachtlich. Teils ist die geringe Sterblichkeit aber vielleicht auch genau diesem Umstand zu verdanken, etwa weil die Patienten aufgrund ihrer bekannten KHK zu einem hohen Anteil auf ASS und Statine eingestellt sind. Die Mortalität von Patienten mit instabiler Angina kommt jener von Patienten mit nicht kardial bedingten Brustschmerzen gleich.

4. Das Risiko für Patienten mit instabiler Angina, während des folgenden Jahres einen nicht tödlichen Herzinfarkt zu erleiden, liegt bei rund 11% und unterscheidet sich nicht signifikant vom Risiko der Patienten mit NSTEMI. Der Unterschied zu Patienten mit nicht kardial bedingten Brustschmerzen ist hier eklatant; deren Infarktrate liegt im Folgejahr bei 0,6%.
5. Bei der großen Mehrheit von 82% der Patienten mit instabiler Angina unterscheiden sich die hochsensitiv gemessenen Troponinkonzentrationen (hs-cTn) nach einer und nach zwei Stunden nicht in relevantem Ausmaß. Akute Verletzungen der Kardiomyozyten im Zusammenhang mit der ischämischen Episode sind bei instabiler Angina daher unwahrscheinlich. Die pathognomonischen Merkmale eines Typ-1-Infarktes fehlen.

Akute myokardiale Nekrose bei NSTEMI

Diagnostiziert wurde ein NSTEMI anhand vorliegender Indizien für eine akute myokardiale Nekrose. Eine solche lag definitionsgemäß vor, wenn Veränderungen in den hs-cTn-Spiegeln festzustellen



Die Inzidenz der instabilen Angina bei Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom beträgt nur die Hälfte der NSTEMI-Inzidenz.

waren und mindestens ein Wert das 99. Perzentil überschritt. Sofern dies auch noch von neuen und andauernden ST-Hebungen begleitet wurde, lautete die Diagnose ST-Hebungsinfarkt.

Eine instabile Angina lag hingegen vor, wenn typische kardiale Ischämiesymptome in Ruhe oder bei geringer Belastung auftraten, ohne dass es Hinweise auf eine akute Nekrose gab. Im Übrigen kam es auf weitere klinische Kriterien an; dazu gehörten etwa die Verschlechterung einer zuvor stabilen Angina, Ischämiezeichen im kardialen Stresstest, eine koronarangiografische Stenose von mindestens 70%, eine fraktionelle Flussreserve mit Hinweis auf eine signifikante Koronarläsion oder ein plötzlicher Herztod innerhalb von 60 Tagen nach dem Ereignis.

Dr. Robert Bubla

Puelacher C et al. Incidence and outcomes of unstable angina compared with non-ST-elevation myocardial infarction. *Heart* 2019; <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314305>