



# Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen



## KHK-Kontroversen



Günther Egidi, Bremen 24.6.2020

# Die Themen

- wie stelle ich die Diagnose KHK?
- Überweisung zu Kardiologen?
- Stellenwert Ergometrie?
- stabile KHK
  - PTCA vs. medik. Therapie
  - PTCA vs. Bypass
- LDL-Behandlungsziele
  - Statin-Hochdosis-Behandlung
  - Ezetimib
  - PCSK-9-Antikörper
- Akutes Koronarsyndrom – welcher TAH?
- Post-Infarkt – immer ACE-Hemmer/Sartan?



# Wir stimmen ab 1.



Eure 75-jährige Patientin hat typische belastungsabhängige Stenokardien. Ihr Zustand ist dabei stabil. Keine Vorerkrankungen außer einer schwer einstellbaren Hypertonie. Welchen diagnostischen Schritt geht ihr?

Eure Antwort:

- Überweisung zum Kardiologen
- Ergometrie
- Einweisung kardiol. Klinik
- Keine weitere Diagnostik -  
Einschreibung DMP KHK und  
Gabe von ASS und Simva
- weiß nicht

# Wir stimmen ab 2.



Euer Patient hat gelegentliche Stenokardien. Er bekommt bereits Statin, ASS und ggfs. eine antihypertensive Behandlung. Eine Behandlung mit PCI und Stent verlängert sein Leben um...

Eure Antwort:

- 5 Jahre
- 2 Jahre
- 1 Jahr
- Gar nicht
- weiß nicht

# Wir stimmen ab 3.



Dieselbe Patientin wie  
bei der ersten Frage.  
Bei der Koro findet  
sich eine 3-Gefäß-  
Erkrankung.  
Wie verhalten sich  
Stent und ACVB  
zueinander

Eure Antwort:

ACVB

besser

PTCA

besser

Beide

gleich

weiß nicht

# Wir stimmen ab 4.



Euer Ziel bei einer  
Statin-Behandlung  
eines Patienten mit  
gesicherter KHK?

Eure Antwort:

- LDL < 70
- LDL < 100
- feste Dosis
- kein festes  
Regime



Welches LDL-Ziel sollte bei Patienten mit Diabetes angestrebt werden?

Eure Antwort:

<160 mg%

<130 mg%

<100 mg%

<70 mg%

gar kein  
LDL-Ziel

individuell

# Wir stimmen ab 6.



Um das LDL-Ziel bei einer Hochrisiko-Patienten zu erreichen, setze ich ein:

Eure Antwort:

- Hochdosis Statin
- Ezetimib
- PCSK-Antikörper
- Fixdosis Statin, keine LDL-Kontrollen



# Wir stimmen ab 7.



Die Klinik  
empfiehlt nach  
Infarkt Prasugrel  
(Efient®). Wie  
geht ihr vor?  
Ich...

Eure Antwort:

- richte mich nach  
Klinik-Empfehlung
- gebe nur ASS
- gebe ASS+  
Clopidogrel
- gebe ASS +  
Ticagrelor
- kein festes Regime



Wann sollten Patienten nach Herzinfarkt ACE-Hemmer/Sartan bekommen?

Eure Antwort:

- praktisch immer
- immer wenn sie es vertragen
- wenn Betablocker nicht vertragen
- wenn Blutdruck oder Herzinsuff. es erfordern

# Stabile KHK – Frau L.

**Frau L**, 75 Jahre alt, antihypertensive 5-fach-Kombination.

Zunehmende Belastungs-Stenokardien und Luftnot.

**Was schlagt ihr vor zu tun?**

# akutes Koronar-Syndrom Frau M – 80 Jahre

## Medikation bei Entlassung:

Medikament	Dos.	
ASS 100 mg	1-0-0	
Brilique 90 mg	1-0-1	(bis 06/2017)
Amlodipin 5 mg	1-0-1	
Metoprolol 95 mg	1-0-0	
Ramipril 5 mg	1-0-1	
HCT 25 mg	1-0-0	
Atorvastatin 80 mg	0-0-1	
Pantozol 40 mg	1-0-0	

**Es ist Freitag Nachmittag. Wie geht ihr mit solchen Entlass-Empfehlungen um? Was fällt euch auf/ein?**

# Akutes Koronarsyndrom – Frau L, 69 J.

## Medikamente

Medikament	Dosis	Einheit	Gaben täglich	Bemerkung
------------	-------	---------	------------------	-----------

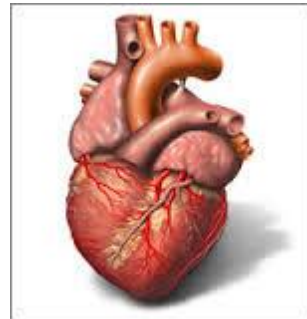
Wie verhaltet ihr euch in Situationen wie dieser?

Ramipril	2,5	mg	1-0-0	
Bisoprolol	1,25	mg	2-0-1	

Frau L soll nach 5 Wochen planmäßig zur PTCA der 80%igen RIVA-Stenose wieder erscheinen. Sie ist nach Entlassung aus der Klinik asymptomatisch.

# Ihr sollt lernen

- Diagnostische Ausbeute Ergometrie ist gering
- Diagnose KHK, Einschreibung DMP und Gabe ASS/Simva allein nach Wahrscheinlichkeit möglich
- PTCA bei stabiler KHK nur gegen Symptome
- Stent dem Bypass meist unterlegen
- Statine nur in fester Dosis
- PCSK-9-Antikörper – ungenügende Evidenz
- kein Prasugrel, sofern Ticagrelor vertragen wird
- ACE-Hemmer/Sartane nach Infarkt **nur** bei Hypertonie/Herzinsuffizienz



# Stabile KHK – Einweisung Herr S., 69

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>PRIVAT</b>	
[Redacted] 46	
888858001   23.01.15	
Diagnose dringender V.a. signifikante KHK, Hypothyreose ( G ) , Art. Hypertonie ( G ) , Insult ( Z ) , Ulcusanamnese ( Z )	Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)
	<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
	Nächststreichbare, geeignete Krankenhäuser Kardiologie LDW
	Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes BSNR 038017200 Gemeinschaftspraxis Dr. G.Egidi und H.Schelp Ärzte für Allgemeinmedizin Huchtinger Heerstr. 41 28259 Bremen Tel 0421 / 5797-675 Fax -689
Bitte die Rückseite beachten!	
Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!      Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!	
Untersuchungsergebnisse	siehe Ergometrie-Bericht von Frau [Redacted]
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)	er hat die übliche optimale medikamentöse Therapie.
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)	zur Coronarangiographie. Er möchte nach Gespräch mit mir und Pat-Information zunächst ausschließlich die diagnostische Coro mit
Mitgegebene Befunde	anschließender interdisziplinärer Erörterung, ob PTCA oder ACVB

Diesmal ging es, obwohl Herr S. privat versichert ist, gut: Diagnose einer Hauptstamm-Stenose – nachfolgende Bypass-OP – nach der Reha ist Herr S inzwischen beschwerdefrei und für sein Alter gut belastbar.

# Stabile KHK – Einweisung Frau L., 75

Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)		
<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall	
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (SVV)	
Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser		
Kardiologie <input type="checkbox"/>		
Behandlungsstelle:	ArztNr.:	Übersch.
038017200	888858001	14.05.20
Diagnose	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Klinisch stabile KHK, art. Hypertonie	Hausarztpraxis Dr. med. Günther Eoid 888858001 Renate Peters 559174601 Holger Schelo 000050001 Partnerschaft - FA für Allgemeinmedizin Huchtinger Heerstraße 24, 28259 Bremen Tel 0421-988828-0 Fax -28 BSNR 03 80172 00	
Bitte die Rückseite besetzen		
Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!		Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!
Untersuchungsergebnisse	Ergometrie am 13.5.2020 mit Abbruch nach 3 Minuten auf der	
Kletterstufe mit 75 Watt mit ST-Senkung und Stenokardien		
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)		
siehe Med-Plan - seit gestern ASS, Simvastatin und b.		
Bed Nitroglycerin		
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)		
zur rein diagnostischen Koronarangiographie und		
anschließenden interdisziplinären Erörterung mit den Kardiochirurgen		
Mitgegebene Befunde		

Diesmal lief es nicht gut: obwohl eine 3-Gefäß-Erkrankung festgestellt wurde, wurde eine PCI durchgeführt und ein Folgetermin für die nächste vereinbart.



# Stabile KHK – Frau L. – so lief es

## **Erstdiagnose einer koronaren Dreifäßerkrankung**

- bei instabiler Angina pectoris CCS II-III
- PTCA/DES einer hochgradigen RCA-Stenose am 28.05.2020
- *verbliebene Stenosen des RIVA, PLA, Stationäre Wiedervorstellung zur am 16.07.2020*

## **Herzkatheteruntersuchung vom 28.05.2020**

Lävokardiographie:Keine LV-Darstellung. RV:Nicht durchgeführt. Linke Koronararterie:90%-ige Stenose des medialen RIVA. 90%-ige Stenose des Ramus diagonalis I. 70%-ige Stenose des medialen Ramus circumflexus. Verschluss des Ramus posterolateralis I. Rechte Koronararterie:90%-ige Stenose der proximalen RCA. Intervention:Angioplastie, Rekanalisation (mechanisch), Primäres Stenting der proximalen RCA (Stent: Resolute DES 3,50-12mm). Keine Reststenose.

## **Weitere Empfehlungen**

Wir bitten um Wiedervorstellung der Patientin zur Re-Koronarangiographie am 16.07.2020 um 8:30 mit neuer Einweisung über die Patientenaufnahme. Bitte vorher Termin zum prästationären Coronaabstrich vereinbaren unter 0421-879/1704.

Wir bitten um eine konsequente Therapie aller atherogenen Risikofaktoren. Wir empfehlen eine Senkung des LDL-Cholesterins auf < 55 mg/dl (2019 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention, [www.escardio.org](http://www.escardio.org)).

# Irritierte Fragen – Frau L.

Sehr geehrter Herr Professor,

Ich hatte unsere o.a. Patientin bei typischen Stenokardien zur rein diagnostischen Koronarangiographie in Ihre Klinik eingewiesen. Statt der von mir erbetenen interdisziplinären Erörterung mit den Kardiochirurgen erhielt sie eine PCI einer RCA-Stenose – verbunden mit einem Termin für eine weitere Stent-Implantation. Ehrlich gesagt verstehe ich das nicht.

Die Datenlage ist doch eindeutig: bei Mehrgefäß-Erkrankung ist der Outcome beim ACVB besser als bei PCI und Stent.

Warum wurde der explizite Auftrag aus der Einweisung ignoriert? Fand denn keine interdisziplinäre Besprechung mit den Kardiochirurgen statt?

# eure Fragen?

gerne an

[guenther.egidi@posteo.de](mailto:guenther.egidi@posteo.de)