

Akutes Koronarsyndrom



Erhältlich als App
für iOS und Android

CardioCard

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V.
(2024) · ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes,
Version 2023 · Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald

Bearbeitet von:
Sven Waßmann, Stefan Frantz, Julinda Mehilli

Die 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.

Verwendung mit freundlicher Genehmigung der European Society of Cardiology



ACS umfasst ein ganzes Spektrum



Instabile Angina pectoris

NSTEMI

STEMI

1 Bedenke „A.C.S.“ bei der Ersteinschätzung

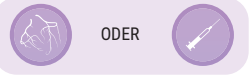


2 Bedenke invasives Management

STEMI

NSTEMI-ACS mit sehr hohem Risiko

NSTEMI-ACS mit hohem Risiko

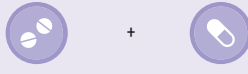


3 Bedenke antithrombotische Therapie

Antithrombozytäre Therapie

UND

Antikoagulation

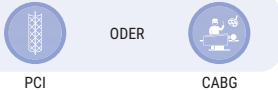


4 Bedenke Revaskularisation

Auf der Grundlage des klinischen Zustands, der Komorbiditäten und der Komplexität der Erkrankung

Vollständige Revaskularisation anstreben

Zusätzliche Verfahren zur Steuerung der Revaskularisation erwägen



5 Bedenke Sekundärprävention



Antithrombotische Therapie

Lipidsenkende Therapie

Raucherentwöhnung

Kardiologische Rehabilitation

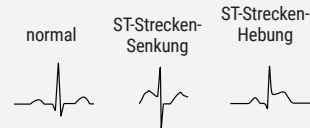
Management von Risikofaktoren

Psychosoziale Unterstützung

1 A.C.S. bei der Erstbewertung

A Abnormales EKG?

- 12-Kanal-EKG innerhalb von 10 Minuten
- Kontinuierlich EKG überwachen, Defibrillator bereithalten



C Klinischer Kontext?

- Oligo-/asymptomatisch?
- Brustschmerzen/Symptome zunehmend oder anhaltend?
- Anamnese, ggf. Vorbefunde

S Stabiler Patient?

- Vitalparameter bewerten
- Kardiogener Schock? Akute HF? Herzstillstand?

Hochsensitive kardiale Troponine

- hs-cTn unmittelbar nach FMC messen
- ESC 0 h/1 h-Algorithmus (beste Option), 0 h/2 h-Algorithmus (zweitbeste Option)

Medikamentöse Erstversorgung

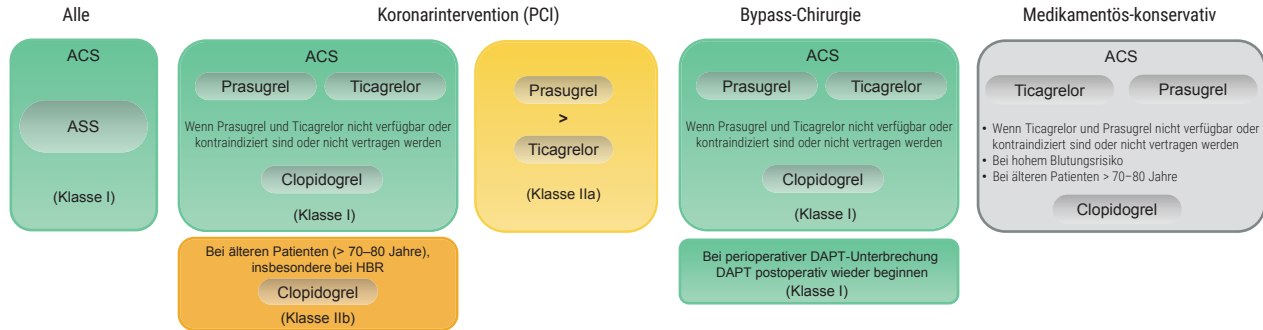
- O₂ nur bei Hypoxämie mit SaO₂ < 90 %
- Sedierung oder Analgesie bei Bedarf

3 Antithrombotische Vorbehandlung

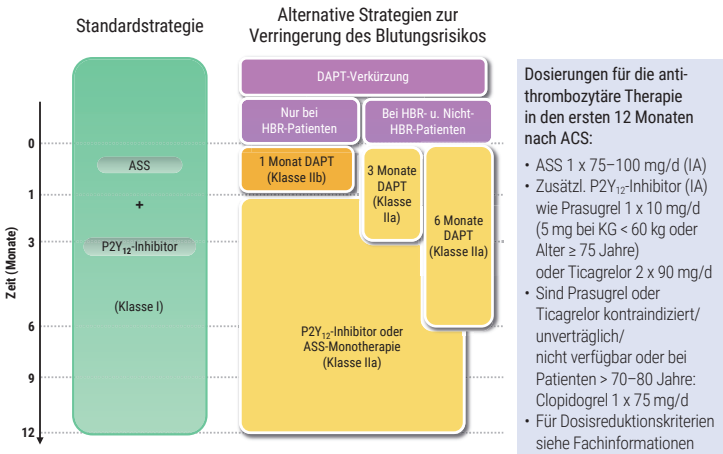
- ASS 300mg p.o.
- UFH 70–100 IE/kgKG Bolus i.v.
- Keine Routineaufsättigung von Clopidogrel/Ticagrelor/Prasugrel

Antithrombozytäre Therapie in den ersten 12 Monaten nach ACS

Wahl des P2Y₁₂-Rezeptorantagonisten

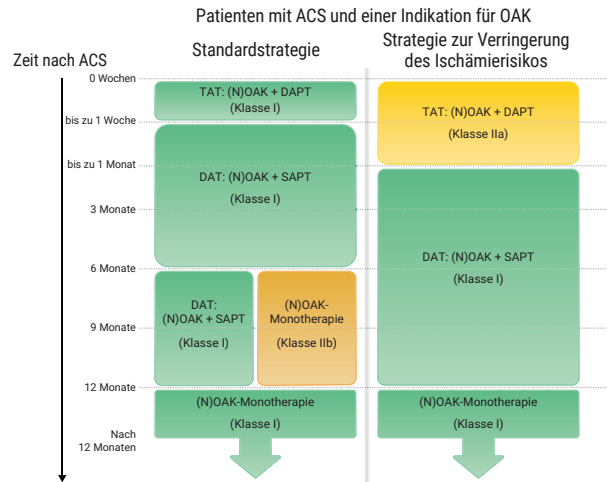


Strategien für die ersten 12 Monate nach ACS



Weitere alternative Strategie zur Verringerung des Blutungsrisikos:

- Initial potente P2Y₁₂-Inhibitor-basierte DAPT (ASS + Ticagrelor oder Prasugrel)
- Im Verlauf Deeskalation mit Wechsel von potentem P2Y₁₂-Inhibitor zu Clopidogrel (Klasse IIb)
- Keine DAPT-Verkürzung oder DAPT-Deeskalation < 1 Monat nach ACS (Klasse III)



OAK: NOAK gegenüber VKA für die Standardstrategie und in allen anderen Szenarien bevorzugen, wenn keine Kontraindikationen vorliegen. NOAK-Dosierungsempfehlungen für die TAT- und DAT-Therapie:

- Apixaban 2 x 5 mg/d
- Edoxaban 1 x 60 mg/d
- Dabigatran 2 x 110 mg oder 150 mg/d
- Rivaroxaban 1 x 15 mg oder 20 mg/d
- Für NOAK-Dosisreduktionskriterien siehe Fachinformationen

SAPT: P2Y₁₂-Inhibitor (normalerweise Clopidogrel) gegenüber ASS bevorzugen.

Langzeitbehandlung nach ACS (Sekundärprävention)

Gesunde Lebensweise unterstützen



Kardiologische Rehabilitation



Raucherentwöhnung



Gesunde Ernährung



Regelmäßige Bewegung

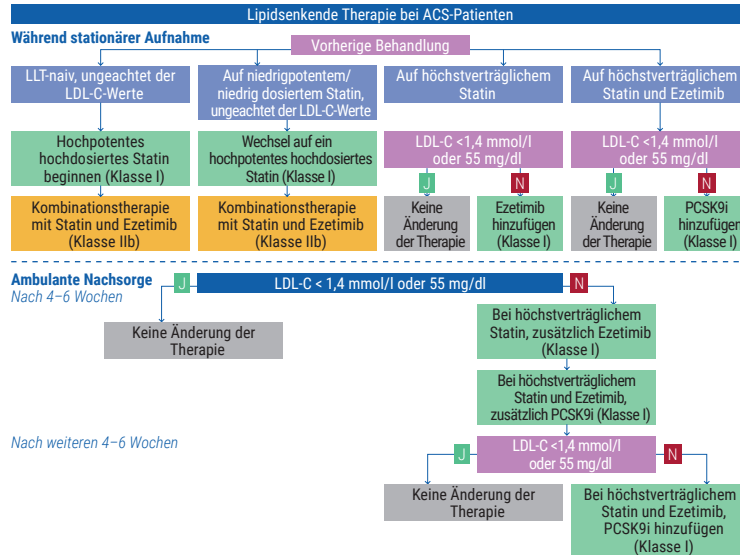


Gesundes Körpergewicht



Psychosoziale Betreuung

Optimale pharmakologische und kardioprotektive Behandlung fortsetzen



Antithrombozytäre Langzeittherapie (im Anschluss an die ersten 12 Monate nach ACS bei Patienten ohne Indikation zur dauerhaften OAK)

- Standardtherapie: ASS 1 x 75–100 mg/d (Klasse I)
- Bei Patienten mit hohem Ischämierisiko und ohne HBR Hinzufügen einer zweiten antithrombotischen Substanz zusätzlich zu ASS zur erweiterten langfristigen Sekundärprävention erwägen (Klasse IIa).
- Optionen: verlängerte DAPT mit P2Y₁₂-Inhibitor oder verlängerte DAT mit Rivaroxaban 2 x 2,5 mg/d
- Eine Monotherapie mit P2Y₁₂-Inhibitoren als Alternative zur ASS-Monotherapie für die Langzeitbehandlung erwägen (Klasse IIb).

Weitere Maßnahmen

- Leitlinienkonforme Therapie von Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern (Klasse I)
- Polypille zur Verbesserung der Therapieadhärenz erwägen (Klasse IIa)
- Regelmäßige kardiologische Kontrolluntersuchungen
- Jährliche Grippe-Impfung (Klasse I)
- Antiinflammatorische Therapie (Colchicin 1 x 0,5 mg/d) erwägen (Klasse IIb)

Behandlungsziele für RF erreichen und halten



- Systolischer Blutdruck < 130 mmHg, diast. Blutdruck < 80 mmHg (falls vertragen)
- Für Pat. ≥ 70 Jahre syst. Blutdruck < 140 mmHg anstreben, bis zu 130 mmHg, wenn toleriert



- LDL-C < 1,4 mmol/l (< 55 mg/dl) (IA)
- LDL-C-Wert um ≥ 50 % gegenüber dem Ausgangswert senken (IA).



HbA1c < 53 mmol/mol (< 7 %) für Patienten mit Diabetes mellitus

Quellen: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2023), ESC Pocket Guidelines. Akutes Koronarsyndrom. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald; Kurzfassung der „2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes“ (European Heart Journal (2023) 44, 3720–3826, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191)

Abkürzungen: ACS akutes Koronarsyndrom, ASS Acetylsalicylsäure, CABG koronararterielle Bypass-Operation, DAPT duale antithrombozytäre Therapie, DAT duale antithrombotische Therapie, EKG Elektrokardiogramm, FMC Erstkontakt mit medizinischem Fachpersonal, hs-cTn hochsensitives kardiales Troponin, HBR hohes Blutungsrisiko, HF Herzinsuffizienz, LDL-C Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin, LLT lipidsenkende Therapie, LMWH niedermolekulares Heparin, MRA Mineralokortikoidrezeptorantagonisten, NOAK nicht-Vitamin-K-abhängige orale Antikoagulationen, NSTEMI-ACS akutes Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung, NSTEMI Nicht-ST-Hebungsinfarkt, OAK orale Antikoagulation, Pat. Patient(en), PCI perkutane Koronarintervention, PCSK9i Proproteinconvertase Subtilisin/Kexin Typ 9-Inhibitor, pPCI primäre perkutane Koronarintervention, RF Risikofaktor(en), SAPT antithrombozytäre Monotherapie, STEMI ST-Strecken-Hebungsinfarkt, TAT antithrombotische Triple-Therapie, UFH unfractioniertes Heparin, VKA Vitamin-K-Antagonist

© 2024 The European Society of Cardiology, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., Börm Bruckmeier Verlag GmbH



9 783898 626781