

# STEMI-Therapiesysteme – eine weltweite Entwicklung

F. W. A. Verheugt, Hartcentrum, Afdeling Cardiologie, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, Niederlande

▲ Die Reperfusionstherapie stellte den größte Durchbruch bei der Behandlung des akuten ST-Hebungsherzinfarktes (STEMI) dar. Trotzdem erhalten sie immer noch bis zu 50% der für die Reperfusion geeigneten Patienten nicht. Die größten Hürden dafür sind mangelnde Kenntnis der Leitlinien, Befürchtung von Therapiekomplikationen und weite Entfernungen zum Krankenhaus. Sowohl die europäischen (2012) als auch die amerikanischen (2011) Leitlinien zur STEMI-Behandlung empfeh-

Diagnose und Reperfusionstherapie. Eine präklinische Diagnose durch ein erfahrenes Ambulanzteam reduziert die Zeit bis zur Behandlung und steigert die Anwendung von Reperfusionstrategien (1). Eine regionale Organisation der STEMI-Behandlung kann die Anwendung aktueller Leitlinien verbessern.

Das Blutungsrisiko einer Lysetherapie bei STEMI hängt stark von Alter, Geschlecht und der Einnahme von Antikoagulanzen ab. Die korrekte Dosierung vermindert das Risiko schwerer Blutungen stark (2). Die aktuellen Leitlinien bevorzugen eine Angioplastie vor der Fibrinolyse, wenn sie innerhalb von 120 Minuten nach dem ersten medizinischen Kontakt und durch ein erfahrenes Team durchgeführt wird. Viele Ärzte, die STEMI-Patienten behandeln, halten die Entfernung zu einem geeigneten Interventionszentrum für zu weit für eine primäre PCI und ziehen die Lysetherapie vor. Allerdings leben zum Beispiel fast 80% der Amerikaner weniger als 60 Minuten von einem Interventionszentrum entfernt und könnten Kandidaten für eine primäre PCI bei STEMI sein (3). Aber auch finanzielle Zwänge halten Ärzte davon ab, Patienten von ihrem lokalen Krankenhaus zu einem Interventionszentrum zu überweisen. Außerdem raten die aktuellen Leitlinien zu einer invasiven Risikostratifizierung nach der Lysetherapie (4), was ebenfalls einen Transport zur PCI oder Operation im Falle einer Revaskularisierung nach der Lysetherapie anordnet.

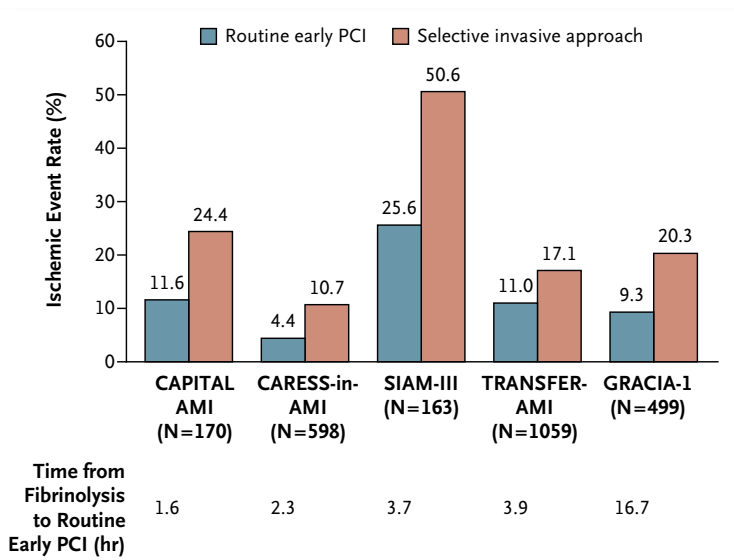


Abb. 1: Die fünf größten randomisierten klinischen Studien über eine routinemäßige perkutane Koronarintervention (PCI) nach Fibrinolyse im Vergleich mit Fibrinolyse alleine gefolgt von einem selektiven invasiven Ansatz bei Patienten mit ST-Hebungsherzinfarkt (STEMI).

len die Reperfusionstherapie nach Symptombeginn als Fibrinolyse oder innerhalb von zwölf Stunden als perkutane Koronarintervention (PCI). Zu berücksichtigende Kontraindikationen für die Lyse sind fortgeschrittenes Alter, Gerinnungsstörungen, gastrointestinale Ulzerationen und die Einnahme von Antikoagulanzen, wohingegen es keine klaren Kontraindikationen für die primäre perkutane Koronarintervention gibt. Die Auswahl des Therapieverfahrens hängt von der Verfügbarkeit eines ausgebildeten Interventionsteams ab, das innerhalb von 120 Minuten erreichbar ist. Trotzdem kommt es bei STEMI immer noch zu einer großen Verzögerung bei

## Schlussfolgerung

Netzwerke zur Reperfusionstherapie für STEMI sind notwendig, um die Verzögerung bis zur primären Angioplastie oder Fibrinolyse zu verkürzen und um zusätzliche Strategien für die Fibrinolysetherapie zu erarbeiten.

Der Beitrag beruht auf einem Vortrag auf der 58. Jahrestagung der GTH am 12.-15.02.2014 in Wien.

Literatur beim Autor.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. W. A. Verheugt  
Hartcentrum, Afdeling Cardiologie  
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis  
Oosterpark 9, 1091 AC Amsterdam  
Niederlande  
E-Mail: F.W.A.Verheugt@olvg.nl

