



Nicht-ST Hebungsinfarkt inkl. instabiler Angina pectoris I

Ziel: Identifikation und Risikostratifizierung incl. Invasive Strategien

Epidemiologie: NSTEMI-ACS sind häufiger als STEMI-ACS, Mortalität ist nach 6 und 12 Monaten gleich

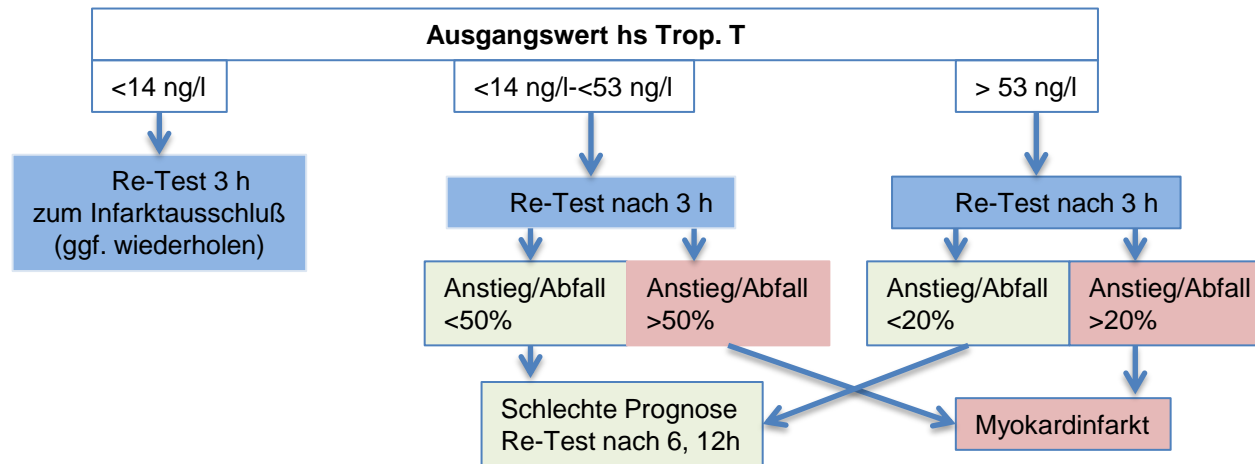
Klinik: anhaltende AP in Ruhe (>20 min), de novo oder Crescendo AP

EKG: innerhalb von 10 min nach Eintreffen, ggf. Re-Ventr., V7-V9, desc. ST-Streckensenkung, terminal neg. T, aber auch unauffälliges EKG möglich, **Echo**

Labor: Trop. T hs, Dynamik beachten, weitere Differentialdiagnosen beachten, ggf. D-Dimer

Siehe auch **GRACE-Risk Score** u. Checklist NSTEMI-ACS

Akuter Brustschmerz vereinbar mit Myokardischämie



Dringliche invasive Strategie: innerhalb von 120 min nach Erstkontakt, bei Pat. mit sehr hohem Risiko, d.h.

- **Refraktäre Angina**
- **Wiederkehrende Angina** trotz antianginöser Behandlung einhergehend mit ST-Streckensenkung (2mm) oder tief negativen T-Wellen, Hebung in aVR (Hinweis für kor. 3-Gefäßerkrankung, LCA-Stenose)
- **klinische Symptome der akuten Herzinsuffizienz oder hämodynamische Instabilität** („Schock“)
- **lebensbedrohliche Arrhythmien**

Kriterien für hohes Risiko

Primär Relevanter Anstieg oder Abfall des Troponins / Dynamische Veränderungen der ST-Strecke oder T-Welle

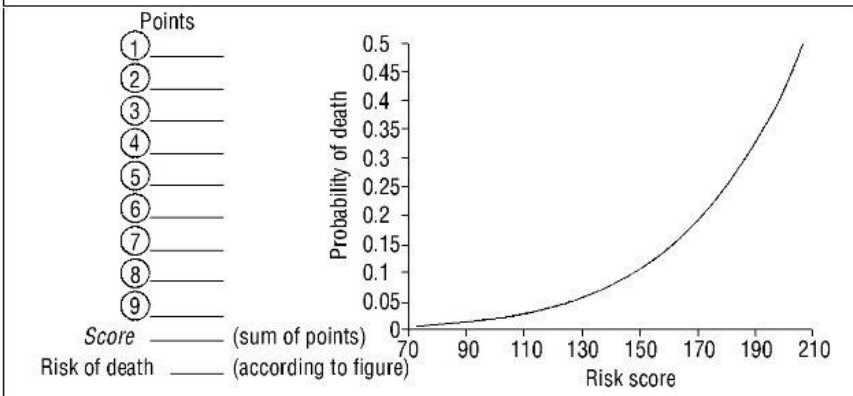
Sekundär Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Eingeschränkte EF < 40%, Frühe Postinfarktangina, kurz zurückliegende PCI, zurückliegende ACB-OP, mittlerer bis hoher GRACE Risk Score



Nicht-ST Hebungsinfarkt inkl. instabiler Angina pectoris I

Risikostratifizierung – Grace-Risk Score

Background		Findings at time of admission		Findings during hospital stay	
① Age, y	Points	④ HR at admission, bpm	Points	⑦ Serum creatinine at admission, mg/dL	Points
≤ 29	0	≤ 49.9	0	0-0.39	1
30-39	0	50-69.9	3	0.4-0.79	3
40-49	18	70-89.9	9	0.8-1.19	5
50-59	36	90-109.9	14	1.2-1.59	7
60-69	55	110-149.9	23	1.6-1.99	9
70-79	73	150-199.9	35	2-3.99	15
80-89	91	≥ 200	43	≥ 4	20
≥ 90	100				
② History of heart failure	24	⑤ SAP at admission, mmHg		⑧ Elevated enzymes or markers	15
③ History of AMI	12	≤ 79.9	24	⑨ No percutaneous revascularisation	14
		80-99.9	22		
		100-119.9	18		
		120-139.9	14		
		140-159.9	10		
		160-199.9	4		
		≥ 200	0		
		⑥ Depressed ST segment	11		



Rasche Koronarangiografie bei einem Grace Risk Score >140 senkt die Mortalität

Kriterien für hohes Risiko

mär Relevanter Anstieg oder Abfall des Troponins / Dynamische Veränderungen der ST-

kundär Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Eingeschränkte EF < 40%, Frühe

stinfarkt- angina,

ore kurz zurückliegende PCI , zurückliegende ACB-OP, mittlerer bis hoher GRACE Risk

- Koronarangiografie und Revaskularisation**
- Der Zeitpunkt der Revaskularisation richtet sich nach dem individuellen Risiko
 - Innerhalb 72 h bei allen Patienten mit erhöhtem Risiko
 - Innerhalb 2 h für Patienten mit sehr hohem Risiko (lebensbedrohliche Symptome)
 - Innerhalb 24 h für Patienten mit Hochrisikokriterien (GRACE Score >140, Troponinanstieg, ST-T-Streckenveränderungen im EKG)
 - „Drug-eluting stent“ (DES) gegenüber „bare metal stent“ (BMS) bei PCI bevorzugt
 - Patienten mit niedrigem Risiko sollten zunächst nichtinvasiv evaluiert werden
- Spezielle Patientengruppen**
- Spezielle Aufmerksamkeit bei Diabetes, älteren Patienten, chronischer Niereninsuffizienz, Anämie
 - Dosierung der Medikation an Nierenfunktion anpassen

Mehta et al. N Engl J Med 2009

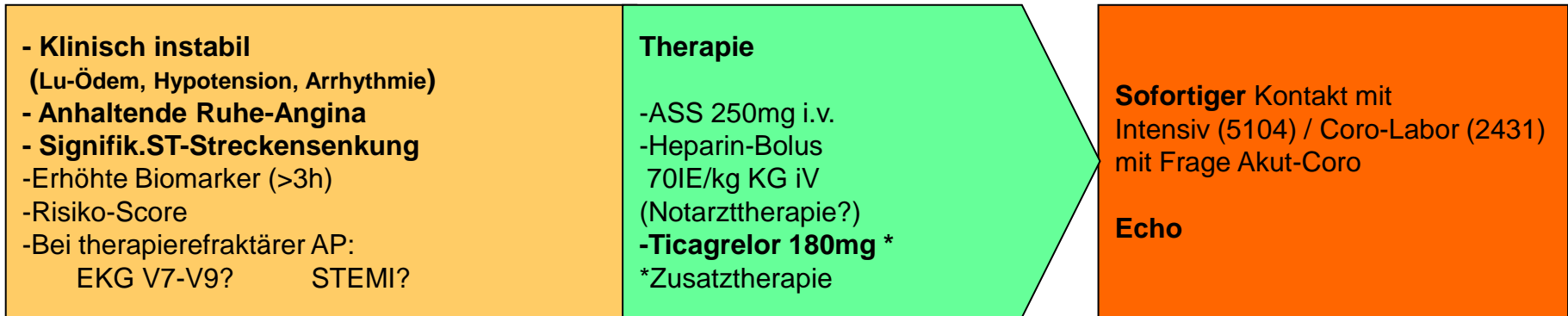


Nicht-ST Hebungsinfarkt inkl. instabiler Angina pectoris II

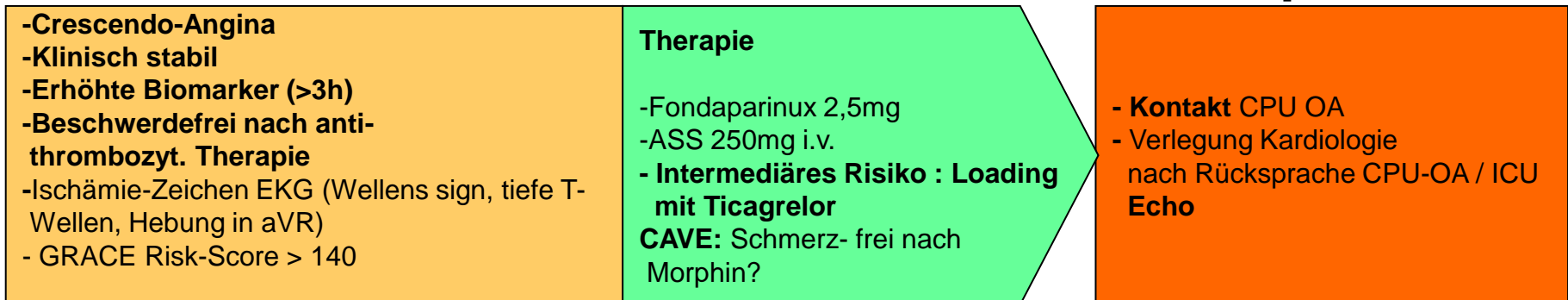
Eine Risikostratifizierung muss für jeden Patienten individuell erfolgen. Die hier gewählte Klassifikation ist Prognose-basiert, Praxisorientiert und den Gegebenheiten unserer CPU entsprechend angepasst. Ein weiteres Instrument zur Risikobeurteilung: Siehe auch **GRACE-Risk-Score**.

Immer individualisiert beurteilen

Hochrisiko ACS



Intermediäres Risiko ACS/ instabile A.p



* Kontraindikationen für Ticagrelor beachten, alternativ Clopidogrel 600mg loading dose