

Ischämiediagnostik – Reichen Klinik und Belastungs-EKG für die Indikationsstellung zum Herzkatheter? – Pro

F. de Haan

Diagnosis of ischemia: are clinical and exercise-EKG findings adequate for indicating the need for cardiac catheterization – Pro

Das Krankheitsbild der koronaren Durchblutungsstörung des Herzens (KHK) nimmt in der kardiologischen Sprechstunde einen seit Jahren hohen Stellenwert ein und angesichts der sich verschiebenden Alterspyramide bei den Patienten und der teilweise ausgeprägten Risikokonstellation, wird dieser Stellenwert zukünftig eher steigen. Nicht zuletzt auch wegen der Vielfalt möglicher therapeutischer Konsequenzen, andererseits den zunehmend begrenzteren wirtschaftlichen Ressourcen, ergibt sich für den untersuchenden Arzt ein Spannungsfeld. Um dieses zukünftig beherrschen zu können, sind strategische Überlegungen die sich hinter dem Thema und insbesondere dem Fragezeichen verbergen angebracht und notwendig.

Zunächst ist zu klären, wie weit die aufgeworfene Frage bei einer Erstuntersuchung oder/und bei Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit zu lösen ist. Obwohl das Ruhe-EKG seit nunmehr über 100 Jahren zum diagnostischen Potenzial einer Erstuntersuchung gezählt werden muss, hat es von seiner Bedeutung auch im Jahre 2003 nichts eingebüßt. Neben der völlig unbestrittenen hohen Bedeutung der Anamnese und der subtilen klinischen Untersuchung zum Ausschluss extrakardialer Ursachen des Beschwerdebildes, benutzt der kardiologisch tätige Arzt das Ruhe-EKG um quasi die „Ausgangslage“ zu definieren, das heißt um differenzialdiagnostische Überlegungen, die sich mehr oder weniger aus dem Beschwerdebild des Patienten ergeben, zu sortieren. Sofern nur irgend möglich wird eine Ergometriebelastung nach dem Ruhe-EKG und gegebenenfalls der echokardiographischen Untersuchung angeschlossen. Zwar ergeben sich Einschränkungen hinsichtlich der Tatsache, dass einige Patienten aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage sind, eine auswertbare Ergometriebelastung durchzuführen, andererseits weiß der kardiologisch erfahrene Arzt sehr wohl um die vergleichsweise geringe Sensitivität und Spezifität der Ergometriebelastung. Um die beiden „Schwachpunkte“ in der Diagnostik einzuengen, wird der untersuchende Arzt besonderen Wert auf eine genaue Anamnese legen, zum Teil mit gezieltem Nachfragen, darüber hinaus eine gründliche Untersuchung des Patienten durchführen. Dabei ist unbestritten, dass nur eine gehörige Expertise die weitere Diagnostik zielführend beeinflussen kann.

Unter der Voraussetzung einer technisch einwandfreien Ergometrieuntersuchung, die auch triviale Aspekte wie Raumtemperatur,

technisch einwandfreie Gerätschaften und subtile EKG Erfahrung umfassen, stellt die Ergometriebelastung auch heute noch eine überlegene Methode zur KHK Diagnostik dar.

Dabei kommt dieser Methode zugute, dass im Gegensatz zu echokardiographischen und nuklearmedizinischen Belastungsuntersuchungen – ganz zu schweigen von den neuen bildgebenden Verfahren wie Magnetresonanztomographie (MRT) – das Belastungs-EKG eine günstige „Symbiose“ aus Zeitaufwand, Gerätekosten sowie Untersuchungskosten darstellt. Daran hat sich heute wie in den vergangenen Jahren nichts grundsätzliches geändert. Natürlich weiß der erfahrene Untersucher, dass die Aussagekraft des Belastungs-EKGs steigt, wenn die Prävalenz und damit die Wahrscheinlichkeit einer koronaren Durchblutungsstörung hoch sind.

Vergleichbare Aussagen wie oben getroffen, gelten auch für den Patienten mit bekannter koronarer Herzkrankheit, nach durchgemachtem Herzinfarkt oder Bypassoperation. Auch sollte der Einsatz der Ergometrieuntersuchung frühzeitig sein, sofern nicht extrakardiale Ursachen dem entgegenstehen. Rasche Verfügbarkeit, ökonomischer Einsatz und beliebige Kontrollmöglichkeit ohne Schaden für den Patienten sind markante Vorzüge der Ergometrieuntersuchung. Besonders die bei der Untersuchung gegebene Möglichkeit für den Untersucher, den Patienten mit seiner Symptomatik zu „studieren“ sind nicht zu unterschätzende Vorzüge und nur der unerfahrene Untersucher wird sich diese nicht zunutze machen. Natürlich wird es immer wieder Patienten geben, bei denen allein die Anamnese, Klinik und EKG-Untersuchung nicht ausreichend ist im Vorfeld einer invasiven Diagnostik, das bleibt unbestritten. Betrachtet man jedoch die Vielzahl der Patienten, bei denen eine kostenträchtige erweiterte Diagnostik letztendlich eine Herzkatheteruntersuchung doch nicht entbehrlich sein lassen, so muss festgehalten werden, dass auch im Jahre 2003 unter der Voraussetzung einer hohen kardiologischen Expertise des Untersuchers, allein die klinische Untersuchung und die Ergometriebelastung für die Indikationsstellung zur Herzkatheteruntersuchung ausreichen.

Literatur im Internet unter: www.thieme-connect.de

Institut

Bundesverband niedergelassener Kardiologen

Korrespondenz

Dr. med. Fokko de Haan · Bundesverband niedergelassener Kardiologen · Bergstraße 24 · 42651 Solingen

eingereicht: 1.8.2003 · akzeptiert: 6.8.2003

Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2153 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472