

AKUTES KORONARSYNDROM

ZB MED

# Perkutane Koronarintervention nach Vorbehandlung mit Tirofiban

- ▶ TACTICS-TIMI 18 bestätigt europäische Leitlinien
- ▶ Prä- und periinterventioneller Schutz durch Tirofiban
- ▶ Bessere Langzeitprognose durch Optimierungsstrategien

## ZUM THEMA

Die koronare Herzkrankheit ist in den westlichen Industrienationen noch immer die häufigste Todesursache. Typische, aber leider unspezifische Warnzeichen sind anhaltende oder rezidivierende pektanginöse Beschwerden. Da eine instabile Angina pectoris auch nach Ausschluss eines Myokardinfarkts eine potenziell lebensbedrohliche Situation darstellt, bedarf es einer unverzüglichen Risikostratifizierung, um die heute zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten differenziert einsetzen zu können. Als Therapie der Wahl gilt die Stabilisierung des thrombotisch-vaskulären Geschehens durch Infusion eines GP IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten wie Tirofiban und die frühzeitige invasive Untersuchung mit – sofern erforderlich – sofortiger Revaskularisierung. Dass dieses Vorgehen einer „Wait and See“-Strategie überlegen ist, bestätigt jetzt die TACTICS-TIMI 18-Studie.

Max VI  
25 380  
-42,3 Beil.  
ZB MED



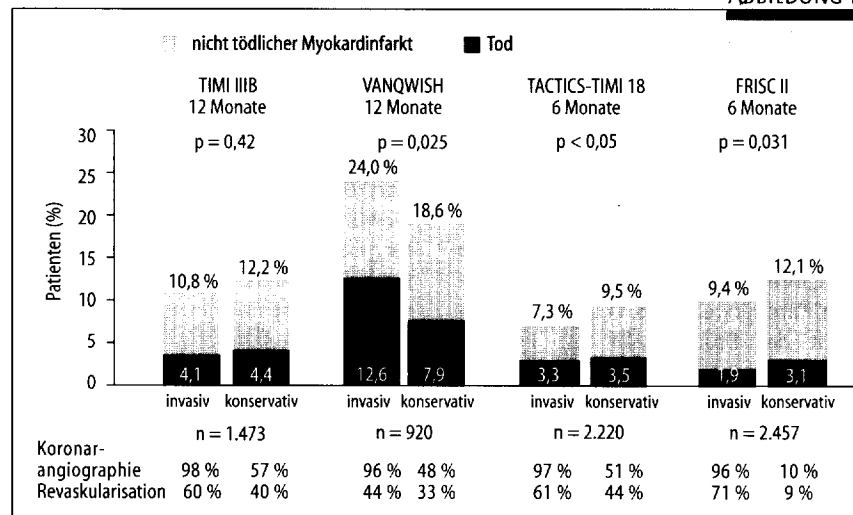
Springer

Als kardiovaskulären GAU („größter anzunehmende Unfall“), der unverzügliches Handeln erfordert, könnte man die Ruptur einer atherosklerotischen Plaque bezeichnen. Welche Erstmaßnahmen erforderlich sind, hängt davon ab, ob dieser GAU im Verlauf einer koronaren Herzkrankheit zum kompletten und anhaltenden Gefäßverschluss geführt hat, oder ob die myokardiale Perfusion nur vermindert bzw. vorübergehend unterbrochen ist. Lässt sich das Geschehen als Myokardinfarkt im klassischen Sinne (mit ST-Streckenhebung) identifizieren, gelten Fibrinolyse und gegebenenfalls die sofortige Koronarangioplastie heute ohne Zweifel als Therapie der Wahl. Weniger klar waren bisher die therapeutischen Strategien bei Patienten mit instabiler Angina pectoris (akutes Koronar-

syndrom ohne persistierende ST-Streckenhebung im EKG).

Durch die kürzlich aktualisierten europäischen Leitlinien zum Vorgehen bei akutem Koronarsyndrom ohne persistierende ST-Streckenhebung hat sich diese Situation grundlegend geändert. Neben klinischen, anamnestischen und elektrokardiografischen Prognosemarkern ist auch das Ergebnis des Troponin-Tests ein unverzichtbarer Marker. Bei Nachweis eines erhöhten Risikos wird zur Stabilisierung bzw. Plaquepassivierung ein GP IIb/IIIa-Rezeptorantagonist empfohlen – und eine mehr (European Society of Cardiology) oder weniger (American College of Cardiology/American Heart Association) apodiktische Aufforderung zu einer frühzeitigen perkutanen Koronarintervention.

ABBILDUNG 1



▲ Vergleichsstudien von invasiver und konservativ-abwartender Therapie von Patienten mit akutem Koronarsyndrom – nur in TACTICS-TIMI 18 unter Schutz eines GP IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (TIMI IIB = Thrombolysis in Myocardial Infarction, VANQWISH = Veterans Affairs Non-Q-Wave Infarction Strategies in Hospital, TACTICS-TIMI 18 = Treat Angina with Aggrastat + Determine Cost of Therapy with an Invasive or Conservative Strategie, FRISC II = Fast Revascularisation During Instability in Coronary Artery Disease)