

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, Lieber Herr Kollege,

unser Medizinerkauerwelsch wimmelt vor Abkürzungen, die schon Ärzte anderer Fachgebiete jeweils nicht mehr verstehen. Ich führe einen aussichtslosen Kampf in unserer Klinik gegen nicht selbst erklärende Abkürzungen.

CIED, LORA, EUAS, CROS: Blicken Sie da noch durch? – Ich nicht.

Dabei sind wir Kardiologen besonders schlimm (RIVA (oder LAD), RCA (oder ACD)), auch noch lateinisch und englisch gemischt – es ist ein Trauerspiel. Da jetzt auch noch die Abkürzung MINOCA immer mehr in unseren Arztbriefen auftauchen wird, soll der aktuelle Kardiobrief wenigstens für diese Abkürzung den Hintergrund erläutern, auf dass Sie nicht komplett die Orientierung verlieren mögen.

Herzliche kollegiale Grüße aus Ruit

Ihr Christian Herdeg

DAS INTERESSANTE THEMA

MINOCA: MYOCARDIAL INFARCTION WITH NONOBSTRUCTIVE CORONARY ARTERIES

Abdu FA, Mohammed A-Q, Liu L, et al. Myocardial Infarction with Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA): A Review of the Current Position. *Cardiology*. 2020;145(9):543-552.

Bei etwa 5-11 % aller akuten Myokardinfarkte zeigt sich in der Koronarangiographie kein Hinweis auf eine relevante KHK. Diese akuten Myokardinfarkte werden als MINOCA klassifiziert. Ein MINOCA tritt häufiger bei Frauen auf. Im Vergleich sind MINOCA-Patienten häufiger jünger und haben seltener typische kardiale Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Hypertonie oder eine Hyperlipoproteinämie. Ein MINOCA tritt häufiger als NSTEMI wie als STEMI auf.

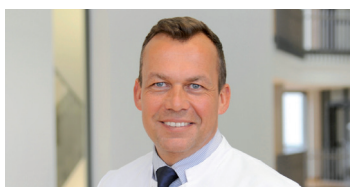
Die genauen Mechanismen sind unklar. Die Ursachen sind heterogen und führen eventuell erst in Kombination zu einer ischämischen Myokardschädigung: Plaqueruptur (häufigste Ursache, ca. 40 %), koronarer Vasospasmus, spontane Koronardissektion, mikrovaskuläre Ursachen, koronare Thromboembolie, koronare mikrovaskuläre Dysfunktion, Mikrozirkulationsstörung, Myokardinfarkt Typ 2 bis hin zur Aortendissektion mit Involvierung der Koronararterien.

Myokarditis und das Takotsubo-Syndrom werden in den neuen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) als eigenständige Krankheitsbilder gewertet, weil sie zwar die klinische Präsentation eines MINOCA nachahmen können, aber keinen ischämischen Myokardschaden hervorrufen. Gleiches gilt für die Lungenarterienembolie. Bei 20 % der Patienten stellt sich im Verlauf eine alternative Ursache des Myokardinfarkts heraus. In bis zu 25 % der Fälle eines MINOCA lässt sich keine konkrete Ursache nachweisen.

Die Patienten klagen über die typischen Symptome eines akuten Myokardinfarkts. Laut ESC müssen folgende Kriterien zur Diagnosestellung eines MINOCA erfüllt sein: Troponinerhöhung mit infarkttypischem Verlauf und mindestens eines der folgenden infarkttypischen Symptome: Angina pectoris, typische EKG-Veränderungen, Ausbildung von Q-Zacken, Myokardschäden in der Bildgebung oder neue regionale Wandbewegungsstörung, Identifikation eines Koronarthrombus in Angiographie oder Autopsie, keine Koronarstenosen ≥ 50 %.

Zurzeit gibt es keine klaren Leitlinien zum MINOCA. Die Therapie orientiert sich an der vorliegenden Grunderkrankung. In klinischen Studien hat eine Sekundärprävention mit ACE-Hemmern/AT1-Rezeptorblockern, Statinen, Betablockern und Calciumkanalblockern langfristig die Prognose nach MINOCA verbessert. Die duale antithrombozytäre Therapie (DAPT) wird kontrovers diskutiert. Wenn keine Ursache nachweisbar ist, sollten MINOCA-Patienten dieselbe Behandlung und Vorsorge wie nach Infarkt bei obstruktiver KHK erhalten.

MINOCA-Patienten haben eine bessere Prognose als Patienten nach obstruktivem Myokardinfarkt. Im Vergleich zu gesunden Personen liegt ihre Überlebensrate jedoch niedriger (1-Jahres-Mortalität MINOCA bei STEMI: 4,5 %). Ein Viertel der Patienten mit MINOCA erleben innerhalb von 4 Jahren noch ein schweres kardiales Ereignis. Nach fünf Jahren liegt die Mortalitätsrate nach MINOCA bei ungefähr 11 %.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450
FAX 0711 / 4488-11459
E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern

