

Akuter Thoraxschmerz, Biomarker und EKG negativ: wirklich weitere Tests nötig?

a -- Reinhardt S, Lin CJ, Novak E et al. Noninvasive cardiac testing vs clinical evaluation alone in acute chest pain – a secondary analysis of the ROMICAT-II randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2018 (1. Februar); 178: 212-9

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

Insgesamt 1000 Männer und Frauen mit akuten Thoraxschmerzen, negativen Biomarkern und fehlendem Ischämieverdacht im EKG wurden nach dem Zufall entweder mit Koronar-CT abgeklärt, oder der Entscheid über Zusatzabklärungen war den behandelnden Ärzten überlassen (Kontrollgruppe). In einer Post-hoc-Analyse dieser randomisierten Studie verglichen nun die Studienverantwortlichen diejenigen 118 Personen der Kontrollgruppe, die direkt entlassen worden waren, mit den übrigen 882, die zum Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms (ACS) nicht-invasiven Zusatzabklärungen (Koronar-CT, Ergometrie, Nuklearmedizin oder Stress-Echokardiographie) unterzogen worden waren. Primärer Endpunkt war die Länge des Spitalaufenthalts. Für Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, insbesondere die Vortestwahrscheinlichkeit eines ACS, wurden die Gruppen mit statistischen Methoden gewichtet.

Durch die Zusatzuntersuchungen verlängerte sich der Spitalaufenthalt im Mittel von 20,3 auf 27,9 Stunden, die Kosten erhöhten sich von median \$2261 auf \$2584, und es entstand eine kumulative Strahlenbelastung von median rund 10 mSv pro Person. Bei nur 17% der direkt Entlassenen mussten später weitere Abklärungen durchgeführt werden. Während der initialen Hospitalisation und während der Nachbeobachtungszeit von 28 Tagen kamen 6% der direkt Entlassenen und 3% der mit Zusatzuntersuchungen abgeklärten Betroffenen erneut mit Thoraxschmerzen auf die Notfallstation (Unterschied nicht signifikant). In keinem einzigen Fall wurde ein akutes Koronarsyndrom verpasst, und die Rate an schweren kardiovaskulären Ereignissen war in beiden Gruppen gleich.

«Less is more» auch bei der Abklärung akuter Thoraxschmerzen. Inzwischen ist auch mit anderen Studien gut belegt, dass bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit (atypische Brustschmerzen, geringe kardiovaskuläre Risikofaktoren) ein EKG ohne ischämieverdächtige Veränderungen und ein negativer hochsensitiver Troponin-Test ein akutes Koronarsyndrom zu nahezu 100% ausschliesst. Anatomische und funktionelle Abklärungen wie Koronar-CT, Ergometrie und Stress-Echokardiographie können zwar Aussagen zur Wahrscheinlichkeit einer koronaren Herzkrankheit machen, nicht aber bei einer gegebenen Episode ein akutes Koronarsyndrom bestätigen oder ausschliessen. Unerlässlich ist immer noch das klinische Urteil; insbesondere sind neben dem ACS auch andere gefährliche Ursachen akuter Brustschmerzen wie Lungenembolie oder Aortendissektion zu erwägen. Hierzu ist die Ergänzung der initialen Abklärungen mit einem D-Dimer-Test nützlich.

Zusammengefasst und kommentiert von Markus Häusermann