

Behandlungsstrategien bei hohem Risiko für einen und bei einem Herzinfarkt

(Angina pectoris und Nicht-ST-Hebungsinfarkt)

Zahlen für Erwachsene bis 75 Jahre mit einer instabilen Angina pectoris oder einem Nicht-ST-Hebungsinfarkt, die über 6 bis 12 Monate beobachtet wurden und entweder mit vorerst medikamentöser Behandlungsstrategie oder direkt invasiver Behandlungsstrategie versorgt wurden.

	100 Menschen mit vorerst medikamentöser Behandlungsstrategie	100 Menschen mit direkt invasiver Behandlungsstrategie
Nutzen		
Wie viele Menschen erlitten einen Herzinfarkt?	8	6
Wie viele Menschen litten unter anhaltenden Anginaschmerzen (refraktäre Angina)*?	33	21
Wie viele Menschen starben insgesamt?	Etwa 4 Kein Unterschied	
Schaden		
Wie viele Menschen litten unter Blutungen als Komplikationen eines Eingriffes?	4	7
Wie viele Menschen litten unter einem durch einen Eingriff bedingten Herzinfarkt?	3	6
Wie viele Menschen mussten aufgrund eines akuten Koronarsyndroms (z.B. Brustschmerz) ins Krankenhaus wiederaufgenommen werden?	29	22

*Anhaltende Anginaschmerzen nach medikamentöser, Katheter- oder chirurgischer Behandlung, die durch weitere Behandlungen nicht verbessert werden können.

Kurz zusammengefasst: Bei der direkt invasiven Behandlungsstrategie erlitten weniger Menschen einen Herzinfarkt und weniger Menschen litten unter anhaltenden Anginaschmerzen. Die Behandlung hatte allerdings keinen Einfluss auf die Anzahl an Menschen, die insgesamt starben. Die direkt invasive Behandlungsstrategie war mit mehr Blutungskomplikationen und durch den Eingriff bedingte Herzinfarkte verbunden, aber führte zu weniger Krankenhausaufnahmen.

Quelle: Fanning et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(5):CD004815.

Letztes Update: März 2017

www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen