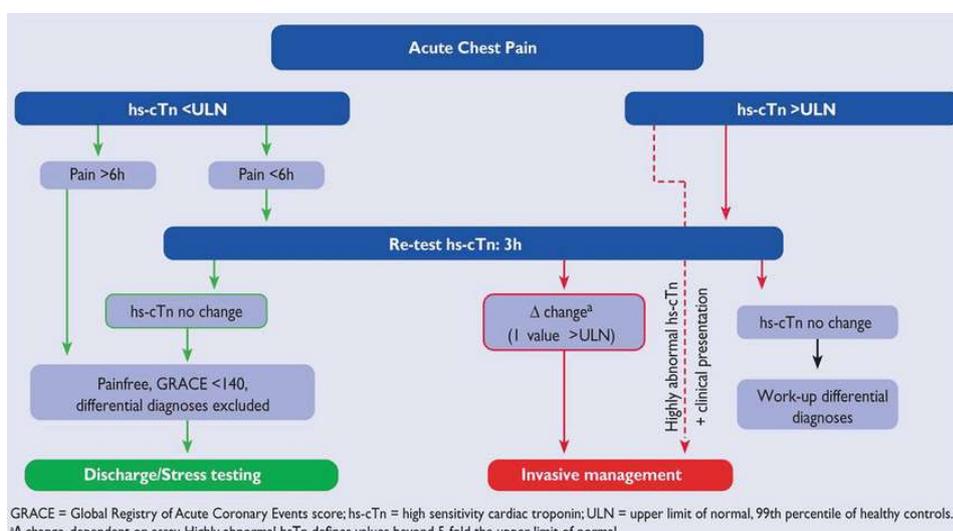


Troponin I highsensitiv

Kardiales Troponin I hs ist ein sehr spezifischer und sensibler Marker einer Myokardschädigung und hat die höchste prognostische Bedeutung. Das Troponin I hs zeigt eine Verbesserung der Sensitivität im unteren Messbereich und eine verbesserte Präzision. Dies erleichtert die Dynamikkontrollen bei niedrigen Konzentrationen. Troponin I steigt beim Myokardinfarkt nach zwei bis sechs Stunden im Blut an, erreicht seinen Maximalwert nach 15 bis 24 Stunden und fällt nach etwa sieben Tagen wieder in den Referenzbereich ab.

- Erhöhungen über das 5-fache des oberen Referenzwerts hinaus haben einen hohen (> 90%) positiven Vorhersagewert für akuten MI Typ 1.
- Eine signifikante Konzentrationsdifferenz (30 - 100%) bezogen auf den Ausgangswert weist auf ein **akutes** ischämisches Ereignis hin! („Rule-out“-Algorithmus für 0 h und 3 h Stunden)
- Bei NSTEMI/ACS können geringfügig erhöhte Werte nur für etwa 48 bis 72 Stunden messbar sein. (siehe auch ESC 2015, <http://leitlinien.dgk.org/leitlinien/>)



0 h/3 h rule-out algorithms using high-sensitivity cardiac troponin assays in patients presenting to the emergency department with suspected non-ST-elevation myocardial infarction (© European Society of Cardiology, www.escardio.org)

Troponin I hs kann auch erhöht sein, ohne dass ein akuter Myokardinfarkt (AMI) bzw. ein akutes Koronarsyndrom (ACS) vorliegt:

- schwere Herzinsuffizienz, Myokarditis, Arrhythmie
- Lungenembolie
- Apoplexie
- Niereninsuffizienz u.a.

Anforderung: Troponin I highsensitiv (Assay Abbott)

Messbereich: 10 bis 50 000 pg/mL

Material: Serum (**nur am Abnahmetag bestimmbar !**)

Normwerte: unauffällig < 15,6 pg/ml Frauen und < 34,2 pg/ml Männer

- Kontrollbedürftig (nach 1 bzw. 3 Stunden)
- Weitere Ischämiediagnostik: Anstieg des Troponin in der Kontrolle, auch in Abhängigkeit von der Klinischen Symptomatik und klinischen Risikofaktoren

Freisetzungsmuster: bei Patienten mit Myokardinfarkt steigt der Troponinwert erstmals nach etwa drei bis vier Stunden an und ist bis zu zwei Wochen erhöht.

Risikokriterien zur weiteren Ischämiediagnostik nach den Leitlinien (ESC 2015):

Kriterien für sehr hohes Risiko	Hämodynamische Instabilität oder kardiogener Schock Medikamentös refraktärer, rezidivierender oder anhaltender Brustschmerz Lebensbedrohliche Arrhythmien oder Asystolie Mechanische Komplikationen eines Myokardinfarktes Akute Herzinsuffizienz Wiederkehrende dynamische ST-T-Wellen-Veränderungen, insbesondere intermittierende ST-Hebungen
Kriterien für hohes Risiko	Typische Troponin-Dynamik Dynamische ST- oder T-Wellen-Veränderungen (symptomatisch oder asymptomatisch) GRACE-Score >140
Kriterien für intermediäres Risiko	Diabetes mellitus Niereninsuffizienz (eGFR <60 ml/min/1,73 m ²) LVEF <40 % oder begleitende Herzinsuffizienz Frühe Postinfarktangina Zustand nach perkutaner Koronarintervention Zustand nach ACVB-Operation GRACE-Score >109 und <140
Kriterien für niedriges Risiko	Keines der oben genannten Kriterien

ACVB aortokoronarer Venenbypass, eGFR geschätzte glomeruläre Filtrationsrate, GRACE Global Registry of Acute Cardiac Events, LVEF linksventrikuläre Auswurfaktion

Durchführung: täglich

Abrechnung:	GOÄ 1,15 (Privat):	27,98 €*:	GOP 4062
	GOÄ 1,0 (IGeL):	18,65 €:	GOP 4062
	EBM:	24,90 €:	GOP 32416

*zzgl. einmalige Auslagen nach §10 der GOÄ

Ansprechpartner:

Frau Dr. A. Schollen-Plieninger

Telefon: 089 54308-0