



Befundvorlage CT Koronarangiographie bei chronischem Koronarsyndrom der AG Herz- und Gefäßdiagnostik in der DRG

Indikation:

1.: Chronisches Koronarsyndrom: Berechnung (klinische) Vortestwahrscheinlichkeit gemäß NVL 7.0 auf

- a. hausärztlicher Versorgungsebene: Marburger Herzscore [1]
- b. spezialfachärztlicher Versorgungsebene: Discharge Kalkulator [2-4]

2.: Klinische Indikation: (z.B. im Zusammenhang mit einem geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer KHK zum Ausschluss KHK)

Technikblock und medikamentöse Vorbereitung, KM Menge

1.: Beschreibung eingesetzte EKG sync. und CT Technik

2.: medikamentöse Vorbereitung (zur Dokumentation des angestrebten Erreichens der Zielherzfrequenz)

Nitro s.l.: _____ Hub

Betablocker p.o.: _____ mg

Betablocker i. v.: _____ mg

Kontrastmittel _____ und Volumen _____ ml

CT-Koronarkalkmessung (CAC-Score)

Agatston-Score gesamt: _____

Schwellenwert: 130 HU (105,3 mg/cm³ CaHA); Massenkalkibrierungsfaktor: 0,81

Koronarsklerose: 0: Keine; >0-100: Gering; 101-300: Moderat; >300-1000: Ausgeprägt; >1000: Stark ausgeprägt

Ggf. ergänzend:

Anzahl Segmente mit Plaques (SIS-Score)

CT-Koronarangiographie mit i.v.-KM-Gabe

Koronaranomalie: _____ (nein oder falls ja potentiell hämodynamisch relevant, z.B. ACAOS, ALCAPA..)

Stenose und Plaquebeurteilung gemäß CAD-RADS 2.0 [5- 8]:

Koronarer Versorgungstyp: _____ (Rechts-, Links-, Indifferenztyp)

RCA (rechte Koronararterie): _____

Hauptstamm (LCA, LM): _____

RIVA (R. interventricularis anterior): _____

RCX (R. circumflexus): _____

(RIVA einschließlich Rr. Diagonales \geq 1,5mm, RCX einschließlich Rr. marginales sowie ggf. RPLS \geq 1,5mm, RCA einschließlich RIVP sowie ggf. RPLD \geq 1,5mm, ggf. inkonstante Äste gemäß [5, 6])



Befundvorlage CT Koronarangiographie bei chronischem Koronarsyndrom der AG Herz- und Gefäßdiagnostik in der DRG

Extrakoronarer Befund

Herzmorphologie (*Auffälligkeit Herzhöhlen, Myokard, Perikard, Lungenvenen*): Keine relevante Pathologie, kein Thrombus / _____

Soweit miterfasst: Aorta: Weite (cm), Arteriosklerose (ja/nein), Aortenklappensklerose/verkalkung (ja/nein)

Mediastinum und Hili: unauffällig (*oder Beschreibung der Pathologie*)

Lymphknotenstatus: keine vergrößerten LK (*oder Beschreibung der Pathologie*)

Lunge: unauffällig (*oder Beschreibung der Pathologie*)

Wirbelsäule: keine degenerativen oder osteodestruktiven Veränderungen (*oder Beschreibung der Pathologie*)

Beurteilung:

1. *Beschreibung des Befunds in Prosa: 3 Gefäß-KHK mit ... oder Hochgradige proximale RIVA Stenose, optional mit Beurteilung Agatston-Score*

Insgesamt:

CAD-RADS HRP/I/S/E/P (0-4)

Empfehlung formulieren:

CAD-RADS 0: Keine weitere Koronar-Diagnostik.

CAD-RADS 1: Keine weitere Koronar-Diagnostik. Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren.

CAD-RADS 2 oder 1/ HRP: Keine weitere Koronar-Diagnostik. Intensivierte Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren.

CAD-RADS 3: Ischämie-Diagnostik (Myokard-Szintigraphie, Stress-Echokardiographie, Stress-Perfusions-MRT)

CAD-RADS4/5: Bewertung der antiischämischen Therapieoptionen.

CAD-RADS N: Erklärung zu nicht diagnostischer Untersuchung (z.B. Inkompatibilität, Paravasat etc, Vorschlag weiteres Vorgehen)

2. Relevante extrakoronare Befunde



Befundvorlage CT Koronarangiographie bei chronischem Koronarsyndrom der AG Herz- und Gefäßdiagnostik in der DRG

Optional Referenzen:

Vortestwahrscheinlichkeit

[1] Bösner, S., Haasenritter, J., Becker, A., Karatolios, K., Vaucher, P., Gencer, B., ... & Donner-Banzhoff, N. (2010). Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *Cmaj*, 182(12), 1295-1300.

[2] Comparative effectiveness of initial computed tomography and invasive coronary angiography in women and men with stable chest pain and suspected coronary artery disease: Multicentre randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2022; 379:e071133. DOI: 10.1136/bmj2022071133.

[3] Maurovich-Horvat P, Bossert M, Kofoed KF, et al. CT or Invasive Coronary Angiography in Stable Chest Pain. *N Engl J Med* 2022; 386(17):1591–602. DOI: 10.1056/NEJMoa2200963.

[4] Haase R, Schlattmann P, Gueret P, et al. Diagnosis of obstructive coronary artery disease using computed tomography with stable chest pain depending on clinical probability and in clinically important subgroups: Meta-analysis of individual patient data. *BMJ (Clinical research ed.)* 2019; 365:l1945. DOI: 10.1136/bmj.l1945.

Anatomie:

[5] Raff, G. L., Abidov, A., Achenbach, S., Berman, D. S., Boxt, L. M., Budoff, M. J., ... & Karlsberg, R. P. (2009). SCCT guidelines for the interpretation and reporting of coronary computed tomographic angiography. *Journal of cardiovascular computed tomography*, 3(2), 122-136.

[6] Leipsic, J., Abbara, S., Achenbach, S., Cury, R., Earls, J. P., Mancini, G. J., ... & Raff, G. L. (2014). SCCT guidelines for the interpretation and reporting of coronary CT angiography: a report of the Society of Cardiovascular Computed Tomography Guidelines Committee. *Journal of cardiovascular computed tomography*, 8(5), 342-358.

Auswertung:

[7] Cury, R. C., Leipsic, J., Abbara, S., Achenbach, S., Berman, D., Bittencourt, M., ... & Blankstein, R. (2022). CAD-RADS™ 2.0–2022 coronary artery disease-reporting and data system: an expert consensus document of the society of cardiovascular computed tomography (SCCT), the American college of cardiology (ACC), the American college of radiology (ACR), and the North America society of cardiovascular imaging (NASCI). *Cardiovascular Imaging*, 15(11), 1974-2001.

[8] Canan, A., Kay, F. U., Barbosa, M. F., Abbara, S., & Rajiah, P. S. (2023). RadioGraphics update: pictorial guide to CAD-RADS 2.0. *RadioGraphics*, 43(4), e220202.