



## 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/cm<sup>3</sup> 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): \_\_\_\_\_



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

RIVA (R. interventricularis anterior): \_\_\_\_\_

RCX (R. circumflexus): \_\_\_\_\_

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

### 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.



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

**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

### Optional Referenzen:

#### **Vorstestwahrscheinlichkeit:**

[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, Bosserd 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



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

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.