

KARDIOLOGIE AKTUELL

Alljährlich bieten die **Dresdner-Herz-Kreislauf-Tage** einen umfassenden Überblick über Neuigkeiten im Bereich der Kardiologie. Ziel dieser Veranstaltung ist eine Interaktion zwischen aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis und praxisrelevanter Umsetzung.

Eisengabe bei Herzinsuffizienz

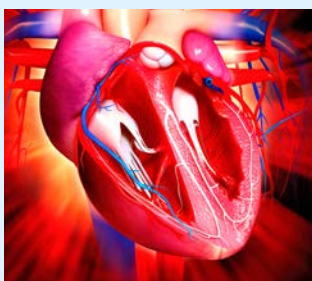
10 bis 20 Prozent aller Patienten mit Herzinsuffizienz haben eine Anämie und bei etwa 80 Prozent findet sich ein absoluter oder funktioneller Eisenmangel. Ursachen des absoluten Eisenmangels bei diesen Patienten sind Mangelernährung, Malabsorption und chronischer Blutverlust durch die antithrombotischen Medikamente. Besonders gefährdet sind Vegetarier, da Eisen aus pflanzlichen Produkten schwerer resorbiert wird, und auch bei Teetrinkern ist die Eisenresorption stark vermindert. Der funktionelle Eisenmangel mit der gestörten Eisenverfügbarkeit ist dagegen Folge der bei dieser Erkrankung häufig vorkommenden chronischen Inflammation und der chronischen Niereninsuffizienz; denn im Rahmen einer Entzündung wird von der Leber vermehrt Hcpidin gebildet, was die Eisenresorption im Darm hemmt.

Herzinsuffizienz-Patienten benötigen eine i.v. Eisentherapie

Der Eisenmangel hat bei Vorliegen einer Herzinsuffizienz einen doppelt ungünstigen Effekt auf den Sauerstoff-Stoffwechsel. So kommt es einmal zu einer funktionellen Beeinträchtigung aerober Enzyme und somit zu einer Störung der oxydativen Phosphorylierung, d.h. die O₂-Nutzung ist beeinträchtigt. Zum anderen vermindert ein niedriges Hb den

O₂-Transport. Beides beeinträchtigt die körperliche Leistungsfähigkeit, was durch eine Eisensubstitution verbessert werden kann. Deshalb sollte bei allen Patienten mit einer systolischen Herzinsuffizienz mittels Bestimmung von Ferritin und evtl. der Transferrinsättigung nach einem absoluten oder funktionellen Eisenmangel gefahndet werden. Von einem funktionellen Eisenmangel spricht man, wenn Ferritin < 100 µg/l beträgt oder wenn bei einem Ferritin-Wert zwischen 100 und 299 µg/l die Transferrinsättigung < 20 Prozent liegt.

„Doch eine orale Eisengabe funktioniert bei herzinsuffizienten Patienten angesichts der Pathogenese nicht“, so Professor Stefan D. Anker, Göttingen. Eine i.v.-Gabe sei unumgänglich. Im Rahmen der FAIR-HF-Studie konnte gezeigt werden, dass eine i.v. Eisentherapie bei Patienten mit einem Eisenmangel den klinischen Status und somit auch die Lebensqualität deutlich verbessert, und zwar unabhängig vom Hb-Wert.



Auch diesmal wurde ein buntes Potpourri - auch für den Hausarzt - relevanter Themen präsentiert (27.-29. Januar 2017 in Dresden).

*Dr. med. Peter Stiefelhagen,
Starnberg*



Umdenken beim ICD

Die Ansprüche an eine ICD-Therapie sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Die Primärprophylaxe des plötzlichen Herztodes bei Patienten mit Herzinsuffizienz basiert aktuell nur auf der Einschränkung der linksventrikulären Auswurf fraktion, wobei eine EF ≤ 35 Prozent das entscheidende Kriterium darstellt. „Dabei ist zu bedenken, dass nur bei 1-4 Prozent dieser Patienten jährlich ein rhythmogenes Ereignis auftritt, was eine Schockabgabe zur Folge hat“, so PD Carsten W. Israel, Bielefeld. Dazu kommt, dass ca. 70 Prozent der Patienten, die einen plötzlichen Herztod erleiden, eine EF > 35 Prozent haben. Deshalb ist es sinnvoll, bei der Indikationsstellung auch andere Risikofaktoren und Komorbiditäten zu berücksichtigen, wobei ein synkopales Ereignis einen sehr hohen prädiktiven Wert hat.

Peripartale Kardiomyopathie

Von einer peripartalen Kardiomyopathie (PPCM) spricht man, wenn sich plötzlich in den letzten Schwangerschaftswochen bis fünf Monate postpartal eine Herzinsuffizienz entwickelt. „Nur bei 30 Prozent der Betroffenen wird die korrekte Diagnose gestellt“, so Prof. Michael Böhm, Homburg/Saar. Die Erkrankung habe eine schlechte Prognose: Nur jede zweite Frau erholt sich, fast ein Drittel der Betroffenen verstirbt und bei denjenigen mit einer persistierenden Herzinsuffizienz beträgt die Fünf-Jahres-Mortalität 85 Prozent. Ursache ist ein Gendefekt, der zu einer Schädigung der Endothelzellen mit Apoptose und Dissoziation von Blutgefäßen, zu einer eingeschränkten Mikrozirkulation und einem reduzierten Metabolismus führt, wobei diese pathogenen Mechanismen über Prolaktin vermittelt werden. Therapie der Wahl ist die Hemmung von Prolaktin mittels Bromocriptin. „Damit kann die Prognose im Hinblick auf Tod und das Risiko einer persistierenden Herzinsuffizienz wesentlich verbessert werden“, so Böhm.

Triple-Therapie vor dem Aus?

KHK-Patienten mit Vorhofflimmern, bei denen eine PCI durchgeführt wird, erfordern im Hinblick auf die Verhinderung einer Stentthrombose auf der einen und einer kardialen Embolie auf der anderen Seite eine orale Antikoagulation plus eine duale Plättchenhemmung, also eine Triple-Therapie. „Eine solche geht aber immer mit einem deutlich erhöhten Blutungsrisiko einher“, so Professor Christoph Bode vom Universitären Herzzentrum Freiburg/Bad Krozingen.

Individuelles Blutungsrisiko abschätzen

Nach der noch gültigen ESC-Leitlinie aus dem Jahr 2016 sollte man im Hinblick auf die Dauer der Triple-Therapie zunächst das individuelle Blutungsrisiko abschätzen. Bei einem niedrigen Blutungsrisiko sollte die Triple-Therapie über sechs Monate durchgeführt werden, bevor die antithrombotische Therapie über weitere sechs Monate als duale Therapie mit einem oralen Antikoagulans und ASS oder Clopidogrel weitergeführt wird. Bleibt der Patient von Seiten der KHK stabil, so können danach beide Plättchenhemmer abgesetzt werden, die Therapie wird also nur mit einem oralen Antikoagulans weitergeführt. Bei Patienten mit einem erhöhten Blutungsrisiko wird eine initiale Triple-Therapie nur über ein Monat empfohlen, anschließend eine duale Therapie mit OAK und ASS oder Clopidogrel über elf Monate und dann evtl. eine OAK-Monotherapie. Nach einer neuen Studie (PIONEER AF-PCI-Studie) kann das Blutungsrisiko deutlich, nämlich um ca. 40 Prozent reduziert werden, wenn der Vitamin K-Antagonist durch ein NOAK, nämlich Rivaroxaban in niedriger Dosierung ersetzt wird, ohne dass die Wirksamkeit darunter leidet. Auch die duale Therapie mit Rivaroxaban plus Clopidogrel war gleich gut wirksam bei deutlich niedrigerem Blutungsrisiko. Das Ende der klassischen Triple-Therapie ist also in Sicht.