

KARDIOLOGIE FÜR DEN HAUSARZT

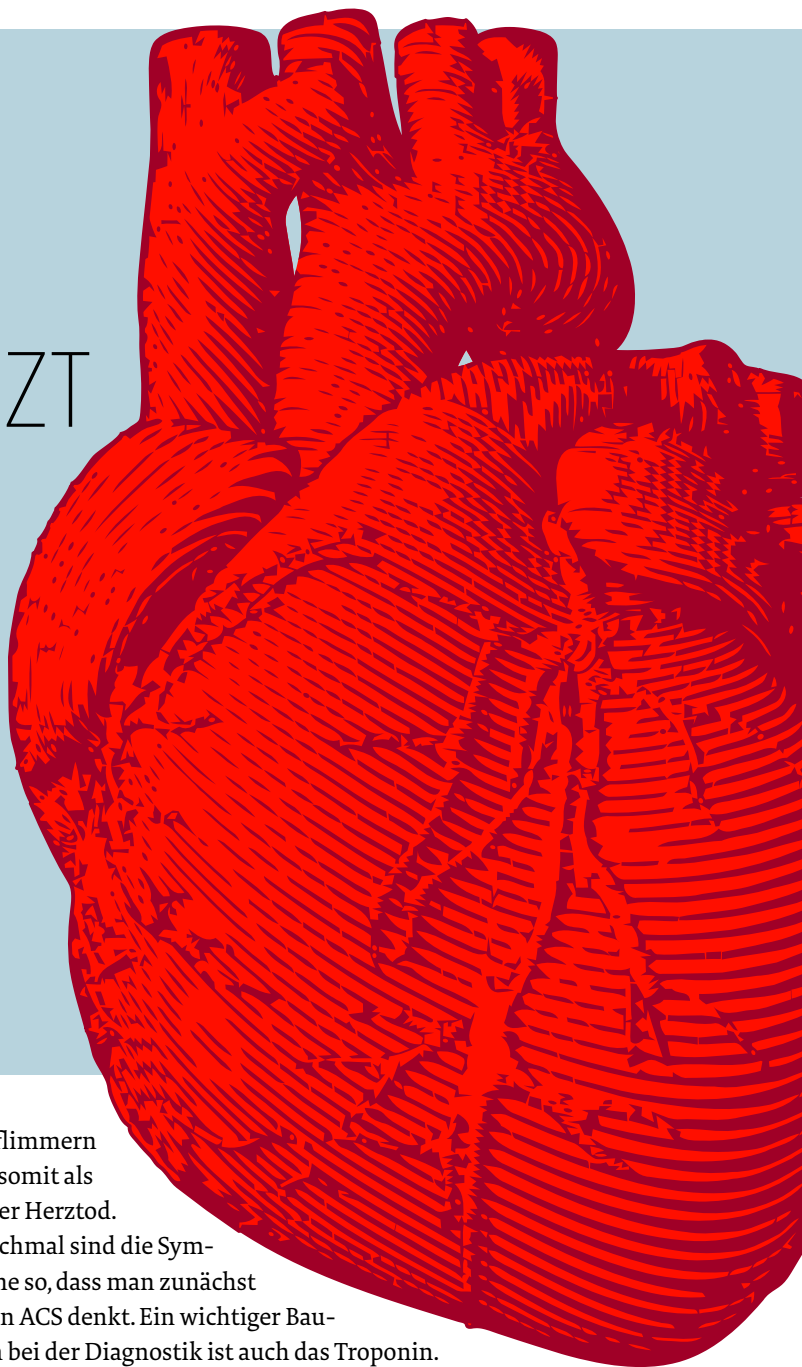
Myokarditis: Eine schwierige Diagnose

Bei einem akuten Thoraxschmerz wird in der Regel zunächst an ein ACS gedacht. Ist ein solches ausgeschlossen, so sollte man immer eine akute Myokarditis diskutieren. Doch der eindeutige Nachweis einer solchen und die ätiologische Abklärung sind schwierig.

Die Prognose der Myokarditis ist prinzipiell gut, d.h. in zwei Drittel der Fälle heilt die Erkrankung auch ohne Therapie vollständig aus, wobei aber große Schwankungen in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Ursache bestehen. Doch bei jedem vierten betroffenen Patienten heilt sie nicht aus, sondern die virale Infektion persistiert oder führt zu einer Autoimmunantwort und somit zu einer chronischen Myokarditis. Das Endstadium ist eine dilatative Kardiomyopathie. Das Ursachenspektrum ist weit, es reicht von Infektionen (vor allem Viren) über Toxine (vor allem Medikamente) bis hin zu systemischen Autoimmunerkrankungen. Die klinischen Symptome sind meist leichter Art und unspezifisch. Geklagt werden Palpitationen, Brustschmerzen und Kurzatmigkeit. Das EKG zeigt, wenn überhaupt, neben tachykarden oder seltener bradykarden Rhythmusstörungen nur unspezifische Veränderungen der Endstrecken, vor allem T-Negativierungen. Ganz selten manifestiert sich das Krankheitsbild initial auch als Synkope bzw. Kam-

merflimmern und somit als akuter Herztod.

Manchmal sind die Symptome so, dass man zunächst an ein ACS denkt. Ein wichtiger Baustein bei der Diagnostik ist auch das Troponin. Als bildgebendes Verfahren wird primär die Farbdoppler-Echokardiographie empfohlen. Doch bei den meisten Patienten ist die Pumpfunktion nicht beeinträchtigt. Der Nachweis eines Perikardergusses kann aber diagnoseweisend sein. Die höchste Spezifität und Sensitivität hat aber das MRT. Die Frage, wann eine Biopsie durchgeführt werden sollte, wird kontrovers diskutiert. Die amerikanischen Leitlinien sehen eine solche nur dann vor, wenn eine höhergradige Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion vorliegt. In Deutschland wird bei jedem Patienten mit Verdacht auf eine Myokarditis die Biopsie empfohlen, um die Diagnose zweifelsfrei zu sichern und vor allem, um die Ätiologie zu klären, also die kardielle Manifestation einer Autoimmunerkrankung nicht zu übersehen; denn für die eindeutige Identifizierung der Ätiologie steht bisher keine nicht-invasive Methode zur Verfügung (Stephan Felix, Greifswald).





In der Kardiologie ist in den letzten Jahren manches in Bewegung geraten, ja es gab Paradigmenwechsel in einigen Bereichen. Ziel der alljährlich stattfindenden **Dresdner Herz-Kreislauf-Tage (26.-28.1.2018)** ist es, diese zahlreichen neuen Erkenntnisse in eine praxisrelevante Form zu gießen.

Dr. med. Peter Stiefelhagen, Starnberg

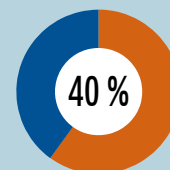
Neues zum Vorhofflimmern

Es ist mittlerweile gesichert, dass durch eine Lifestyle-Modifikation das Vorhofflimmern verhindert werden kann. Diese Erkenntnisse werden bisher zu wenig umgesetzt. Die Katheterablation gilt heute als ein etabliertes und sicheres Therapiekonzept für symptomatische Patienten, wobei die Erfolgsrate beim paroxysmalen Vorhofflimmern deutlich höher ist als beim persistierenden. Aber auch nach einer erfolgreichen Ablation sollte die orale Antikoagulation dann unbegrenzt weitergeführt werden, wenn ein CHA₂DS₂-Vasc-Score von mindestens drei Punkten vorliegt. Somit ist es nicht gerechtfertigt, eine Katheterablation im Hinblick auf die Vermeidung der Antikoagulation durchzuführen.

Die Indikation für die Ablation sollte vorrangig dann gestellt werden, wenn eine pharmakologische Stabilisierung des Sinusrhythmus nicht effektiv oder nicht vertragen wird. Aber auch ein primärer Einsatz ist nach entsprechender Aufklärung bei entsprechendem Wunsch des Patienten möglich.

Dass die Ablation nicht nur die Symptomatik sondern sogar die Prognose verbessert, dies konnte erstmals in der CASTLE-AF-Studie für herzinsuffiziente Patienten gezeigt werden. Durch den Eingriff wurde sowohl die Gesamtsterblichkeit als auch die Zahl der Krankenhauseinweisungen wegen einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz reduziert. Die Frage bleibt, wie man zuverlässig die Erfolgchancen einer Ablation beim einzelnen Patienten voraussagen kann. Dabei dürfte die Fibrosierung des Vorhofs, die mittels MRT erfasst werden kann, eine wichtige Rolle spielen. Studien mit einer solchen MRT-gesteuerten Ablation sind bereits initiiert (Johannes Brachmann, Coburg).

Diabetiker



40 % der Diabetiker entwickeln eine systolische oder diastolische Herzschwäche

NOTIZEN



Der herzinsuffiziente Diabetiker

Diabetiker haben ein hohes Risiko für eine Herzinsuffizienz. 40 Prozent von ihnen entwickeln im Verlauf ihres Lebens eine systolische oder diastolische Herzschwäche und 20-30 Prozent der herzinsuffizienten Patienten sind Diabetiker. Hauptursache ist die KHK, darüber hinaus spielt aber auch die Hypertonie eine wichtige Rolle und es gibt auch eine durch die Stoffwechselerkrankung selbst ausgelöste diabetische Kardiomyopathie. Die Prognose der diabetischen Herzinsuffizienz ist schlecht, wobei auch die autonome Neuropathie eine Bedeutung hat. Was die antidiabetische Therapie betrifft, so steht mit dem SGLT2-Inhibitor Empagliflozin jetzt eine Substanz zur Verfügung, die im Rahmen einer Studie (EMPAREG OUTCOME-Studie) zeigen konnte, dass sie gerade für herzkranken Diabetiker besonders geeignet ist, d.h. kardiale Ereignisse und Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz können mit dem SGLT2-Inhibitor verhindert werden (Christian Schulze, Jena).

Duale Plättchenhemmung nach ACS

In der neuen ESC-Leitlinie zur dualen Plättchenhemmung beim akuten Koronarsyndrom wird ein stärker individualisiertes Vorgehen empfohlen. Die Standardempfehlung von 12 Monaten gilt weiterhin und zwar unabhängig vom Stent-Typ. Was die Dauer der DAPT betrifft, so sollte man sich am individuellen Ischämie- und Blutungsrisiko orientieren. Für die Beurteilung des Blutungsrisikos steht mit PRECISE-DAPT ein zuverlässiger Score zur Verfügung. In diese Risiko-Bewertung fließen folgende Parameter ein: Hb-Wert, Alter, Nikotinabusus, Diabetes, Vorliegen eines Myokardinfarktes oder Z.n. Infarkt, LVEF < 30 Prozent, Stentdiamter < 3 mm, Paclitaxel-beschichteter Stent und Venenbypass. Ein Wert über 25 bedeutet ein deutlich erhöhtes Blutungsrisiko, so dass die DAPT schon nach sechs Monaten beendet werden sollte (Christoph Bode, Freiburg i.Br./Bad Krozingen).