

KARDIOLOGISCHES INTERMEZZO

Kardiologie 2018 – **von der Grundlagenforschung zur Hochleistungsmedizin**. Dieses Kongress-Motto spiegelt die gesamte Bandbreite der modernen Kardiologie wider. Vieles davon hat auch bereits Eingang gefunden in die alltägliche hausärztliche Versorgung.



DGK.
84. Jahrestagung der DGK

Bei der diesjährigen Jahrestagung der **Deutschen Gesellschaft für Kardiologie** (4.-7.4.2018 in Mannheim) wurde auch das Spannungsfeld zwischen optimaler Patientenversorgung und ökonomischer Leistungsfähigkeit diskutiert.

*Dr. med. Peter Stiefelhagen,
Starnberg*

Hyperkaliämie

Kalium entfaltet im Körper eine Vielzahl essenzieller Funktionen. Am wichtigsten ist die Reizbildung und -weiterleitung in Nerven- und Muskelzellen incl. Herzmuskelzellen. Gesunde Nieren können große Mengen an Kalium ausscheiden, so dass es auch bei einer hohen Kaliumzufuhr nicht zu einer Hyperkaliämie kommt. 90 Prozent der täglichen Kaliumzufuhr wird über den Urin ausgeschieden. Eine Abnahme der glomerulären Filtrationsrate (GFR) ist deshalb immer mit dem Risiko der Hyperkaliämie assoziiert, d.h. die chronische Niereninsuffizienz ist der häufigste prädisponierende Faktor für die Hyperkaliämie. Komorbiditäten wie Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus erhöhen das Risiko ebenso wie Alter und Begleitmedikationen. Dazu gehören in erster Linie RAAS-Blocker wie ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker und Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten, aber auch Betablocker und kaliumsparende Diuretika. Diese Substanzgruppen werden aber in den Leitlinien als prognostisch relevante Therapieprinzipien bei herzinsuffizienten Patienten empfohlen und zwar zur Reduktion des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos, aber auch zur Verlangsamung der Krankheitsprogression bei Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz.

Eine Hyperkaliämie ist immer eine lebensbedrohliche Komplikation, weil sie zu Herzrhythmusstörungen und zum Herzstillstand führen kann. Sie erhöht sowohl die Hospitalisationsrate als auch das Sterberisiko und zwar unabhängig von der Nierenfunktion. Als Obergrenze für das Serumkalium gilt ein Wert von 5,0 mmol/l. Bisher musste bei einer Hyperkaliämie die Dosierung der RAAS-Inhibitoren reduziert oder diese ganz abgesetzt werden, was prognostisch ungünstig ist. Mit dem Kalium-Binder Patiomer steht jetzt ein innovatives Medikament zur Verfügung, das nachhaltig den Kaliumspiegel senkt und somit ein langfristiges Kaliummanagement ermöglicht (Mark Lüdde, Kiel).

Renale Denervation



Die Behandlungsergebnisse der kathetergestützten renalen Sympatikodenervation bei Patienten mit einer therapierefraktären Hypertonie sind sehr variabel. Bei einigen Patienten kommt es nicht zu einer Blutdrucksenkung, bei den meisten aber zu einer Reduzierung des durchschnittlichen Tagesblutdrucks von > 5 mm Hg. Doch einige Patienten zeigen eine ausgeprägte Blutdrucksenkung von > 20 mm Hg, man spricht von einer intensive Response. Nach neueren Daten sind ein jüngeres Patientenalter, eine geringere Gefäßsteifigkeit, ein höherer Ausgangsblutdruck, die kombinierte Behandlung mit mehreren Diuretika und die Verwendung eines Ultraschallablationskatheters Prädiktoren für eine intensivere Blutdrucksenkung nach der renalen Denervation (Karl-Heinz Fengler, Leipzig).

EKG beim Herzinfarkt

Die genaue und schnelle Diagnostik des Myokardinfarktes mittels EKG ist von entscheidender prognostischer Bedeutung. Doch bei einem Schenkelblock kann die Interpretation schwierig sein. Bei typischer Klinik gilt ein neu aufgetretener Linkschenkelblock als Infarktkriterium wie eine ST-Hebung und somit als Kriterium für die Sofort-PCI. Doch welche Bedeutung hat ein Rechtsschenkelblock? Ein solcher ist bei Patienten mit vermutetem Infarkt relativ selten. Er hat keinerlei Aussagekraft bzgl. des Vorliegens eines Infarktes, d.h. bei symptomatischen Patienten mit Rechtschenkelblock ist ein Infarkt nicht häufiger als bei solchen ohne Rechtsschenkelblock. Doch bei Infarktpatienten mit Rechtsschenkelblock ist die Mortalität höher, d.h. solche Patienten sind ein Hochrisikokollektiv (Dirk Westermann, Hamburg).



Fotos: robotcity - Fotolia, santypan - Fotolia

NOTIZEN



Kabelloser Schrittmacher

Seit über 60 Jahren werden Herzschrittmacher zur Behandlung symptomatischer Bradykardien implantiert. Jetzt steht mit den komplett intrakardial implantierbaren kabellosen Kapselschrittmachern eine effektive und sichere Alternative zu den bisherigen transvenösen Herzschrittmachersystemen zur Verfügung, allerdings nur bei einer Indikation für einen VVI-Schrittmacher. Mit Hilfe eines steuerbaren Applikationskatheters wird die Schrittmacherkapsel im rechten Ventrikel positioniert und endokardial fixiert (Stefan Winter, Köln).

Persistierendes Foramen ovale

Bei ca. 30 Prozent aller Schlaganfälle findet sich keine Ursache. Mehr als ein Drittel dieser Patienten hat ein persistierendes Foramen ovale (PFO). Dieses ermöglicht paradoxe Embolien eines venös entstandenen Thrombus ins arterielle System. Bisherige Versuche, erneute Schlaganfälle bei diesen Patienten durch einen interventionellen PFO-Verschluss mit einem Okkluder zu verhindern, waren in randomisierten kontrollierten Studien gescheitert. Doch drei große neue Studien konnten jetzt einen positiven Effekt nachweisen. Bei gutem Sicherheitsprofil wurde das Risiko für einen erneuten kryptogenen Schlaganfall signifikant reduziert (Volker Schulze, Düsseldorf).

Biomarker Troponin

Der Biomarker Troponin ermöglicht eine rasche und sichere Herzinfarkt-Diagnose. Während mit konventionellen Troponin T-Tests eine Wartezeit von min-

destens drei Stunden erforderlich ist, um den Infarkt definitiv nachzuweisen oder auszuschließen, schafft der hochsensitive Troponin-Test bereits nach einer Stunde Klarheit. Dieser Ein-Stunden-Algorithmus bedeutet bei einem positiven Befund eine starke Verkürzung der Zeit bis zur Durchführung der PCI. Bei negativem Befund führt der Ausschluss des Infarktes auch zu einer erheblichen Kosteneinsparung; denn bei einem Drittel der Patienten mit Infarktverdacht kann ein solcher sofort ausgeschlossen werden. Doch Troponin wird bei jeder Form der Herzmuskelschädigung freigesetzt. Deshalb gibt es auch Troponin-Erhöhungen, die nicht durch einen Herzinfarkt entstehen, z.B. bei einer Myokarditis. Aber auch extrakardiale Erkrankungen können mit einer Troponin-Erhöpfung einhergehen, z.B. Pneumonie, COPD, Niereninsuffizienz, pulmonale Hypertonie, Chemotherapie oder Vaskulitis. Die Diagnose Myokardschädigung ist aber in jedem Fall bedeutsam, da sie mit einem erhöhten kardialen Risiko und einer erhöhten Mortalität einhergeht. Aber auch bei vermeintlich gesunden Personen signalisiert ein erhöhter Troponin-Wert ein erhöhtes Risiko für die Herz-Kreislauf- und Gesamtmortalität. Neue Studienergebnisse zeigen, dass der Troponin-Test auch das individuelle kardiovaskuläre Risiko bei Patienten mit einem erhöhten LDL-Cholesterinwert zuverlässiger wiedergibt, als das LDL-Cholesterin allein. Dies erlaubt dann auch eine stärker individuell orientierte Primärprävention (Hugo Katus, Heidelberg).