

► Schwerpunkt: Kardiomyopathien

Myokardischämie durch mentalen Stress bei stabiler KHK

Verheiratete Männer am besten geschützt	Seite 6
EAM zur Ablation ventrikulärer Tachykardien bei nicht ischämischer Kardiomyopathie	
Algorithmus unterscheidet zwischen Narbe und lebensfähigem Myokard	Seite 7
VT/VF kurz nach Defibrillator-Implantation bei hypertropher Kardiomyopathie	
Hoch-Risiko-Subgruppe ist in erster Linie betroffen	Seite 10
Hemmung des späten Natriumstroms bei humaner hypertropher Kardiomyopathie	
Elektromechanische Dysfunktion aufgehoben	Seite 11
Hypertrophe Kardiomyopathie im Alter	
Prophylaktischer Defibrillator nicht ratsam	Seite 11
Penetranz der HCM bei Kindern und Jugendlichen	
6% nach 12 Jahren	Seite 12
Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie	
Diagnose-Kriterien nicht eindeutig	Seite 12

► Erkrankungen der Herzkranzgefäße

Umstrittene Bluttransfusionen bei Myokardinfarkt

Vorsicht ist geboten	Seite 3
Diabetiker mit Mehrgefäß-KHK	
CABG in hohem Maße kosteneffektiv	Seite 4
Kardiovaskuläre Ereignisse und Tod bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mit KHK	
Angina pectoris und Äquivalent ohne prognostischen Wert	Seite 6
Meta-Analyse zur CCTA in der Notfallambulanz	
Invasive Koronarangiographien und Revaskularisierungen in der Folge	Seite 8
Stabile ischämische Herzerkrankung	
PCI verhindert spontane MI besser als optimale Pharmakotherapie	Seite 9
Sterberisiko von Diabetikern mit Hochrisiko-KHK	
CABG möglicherweise günstiger als PCI	Seite 10

► Herzrhythmusstörungen

Katheterablation von Vorhofflimmern

12% der Patienten haben asymptomatische Rezidive	Seite 4
Vorhofflimmern in der Allgemeinbevölkerung	
Risiko für plötzlichen Herz- und KHK-bedingten Tod erhöht	Seite 6
Herzfrequenz bei permanentem Vorhofflimmern	
Weniger strenge Kontrolle reicht	Seite 7
Ablation häufiger ventrikulärer Extrasystolen	
Epikardialer Ursprung sagt verzögerte Erholung der LV Funktion vorher	Seite 9

► Erkrankungen der Herzklappen

Strukturelle Degeneration bei biologischen Aortenklappen

Erhöhtes ApoB/ApoA-I-Verhältnis und Bisphosphonate – erhöhtes Risiko	Seite 7
Schwere Aortenstenose	
Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Komorbiditäten berücksichtigen	Seite 9
TAVI mit SAPIEN im Vergleich zu CoreValve*	
Wenig Unterschiede	Seite 11

► Diverses

Nahrungsergänzung mit Kalzium

Für Männer keine gute Idee	Seite 3
Auswirkungen von Psychostress auf die Mortalität aller Ursachen	
Durch Armut und mangelnde Bildung verstärkt	Seite 4
Schwangerschaftsassozierte Hypertonie	
Späteres Risiko für Herz, Gefäße, Nieren und Diabetes erhöht	Seite 8
30 Jahre Herztransplantationen in Skandinavien	
Überleben bei Transplantation in der vergangenen Dekade verbessert	Seite 8
Erhöhter Blutzuckerspiegel bei akuter Herzinsuffizienz	
Prognostisch bedeutsam	Seite 10
Variabilität der Pharmakokinetik und -dynamik von Clopidogrel	
Nicht vollständig durch die bekannten Einflussgrößen erklärbar	Seite 12

► Industrie	Seite 13
-------------------	----------

► Termine	Seite 15
-----------------	----------

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

ist Stress eigentlich ein wesentlicher kardiovaskulärer Risikofaktor? Die meisten von uns werden wohl eher kritisch denken, dass die vielen Raucher und Dickbäuchigen mit hohen Blutfettwerten ihren „Stress“ überbewerten und die Schuld für ihren Herzinfarkt bei anderen, vorzugsweise ihren „stressigen“ Arbeitgebern suchen. Andererseits häufen sich seit einiger Zeit Berichte über gezeigte Menschen mit totaler Erschöpfung, vermeintlich aufgrund beruflich geforderter ständiger Erreichbarkeit, über das „Burn-out-Syndrom“ sowie über physische und psychische Überlastungen. Ehe man hier aber abwertend von einer modernen Mode- und Selbstdiagnose spricht, sollte man die Fakten bewerten. In diesem Heft werden zwei wichtige, und wie ich meine, weiterführende Untersuchungen zu diesem Thema mit diagnostischen und therapeutischen Implikationen referiert. In der Studie von Lazzarino et al. (s. S. 4) an 66.518 erwachsenen Engländern, die an einem nationalen „Health Survey“ teilgenommen hatten, wurden sozioökonomischer Status (nach ausgeübtem Beruf) und psychologischer Dysstress (Angst, Unsicherheit, Depression, soziale Dysfunktion) in einem validierten Fragebogen ebenso wie medizinische Daten erfasst. Die kardiovaskuläre und die Gesamtmortalität waren nach durchschnittlich 8,2 Jahren Nachbeobachtung deutlich höher in der Gruppe der Ungelernten mit niedrigem sozioökonomischen Status. Wenn noch psychologischer Dysstress dazu kam, erhöhte sich die Mortalität überproportional. Auch nach Berücksichtigung der jeweils höheren Rate an Rauchern, hohem BMI, Hypertonus und Diabetes bei den Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und hohem Dysstress blieb die Übersterblichkeit signifikant. Das hatte ich mir aufgrund eigener Erfahrung eigentlich so auch gedacht. Überraschend für mich war, dass Dysstress in den höheren sozioökonomischen Klassen keinen negativen Effekt hinsichtlich des kardiovaskulären Risikos hat. Man darf wahrscheinlich annehmen, dass die besser Ausgebildeten, die in geordneten Familien- und Vermögensverhältnissen leben, ihren „Stress“ besser verarbeiten können, und, wie Lazzarino es formuliert, über „greater biobehavioral and economic resources“ verfügen. In diesem Zusammenhang ist die Untersuchung von Jiang et al. (s. S. 6) interessant. 320 Patienten mit nachgewiesener, stabiler koronarer Herzkrankheit unterzogen sich, nach Absetzen der Beta-blocker, aber unter der sonstigen anti-anginösen Therapie, ausgeprägtem mentalem Stress (Rechnen und Ärgernis-



Herausgeber: Erland Erdmann

erzeugende Ansprache etc.) sowie einer Ergometrie. Koronarischämien sollten induziert und unter anderem echokardiographisch vermessen werden. Frauen und allein Lebende hatten häufiger mental verursachte Ischämien als Männer und/oder Verheiratete. Mentaler Stress verursachte übrigens insgesamt häufiger Koronarischämien als die submaximale körperliche Belastung. In 21,6% hatten Patienten ischämische Reaktionen ausschließlich nach mentaler Überforderung und nicht nach körperlicher Belastung. Echokardiographisch zeigten sich nach mentalem Stress häufiger ventrikuläre Wandbewegungsstörungen vergleichbar dem TakoSubo-Syndrom (Stress-induzierte Kardiomyopathie). Auch in dieser Untersuchung konnten wieder psychosoziale Faktoren für die Symptomatik der Koronaren Herzerkrankung objektiviert werden. In einer großen Metaanalyse (n=197.473) wiesen kürzlich Kivimäki et al., Lancet 2012;380:1491–1497 darauf hin, dass selbst empfindender Berufsstress im Vergleich zu den konventionellen Faktoren allenfalls 3–4% des kardiovaskulären Risikos ausmache. Wenn man allerdings Patienten nach durchgemachtem Herzinfarkt (im Vergleich zu einem Kontrollkollektiv) fragt, ob sie unter Stress litten, dann geben sie fast doppelt so häufig Dysstress bei der Arbeit, zu Hause und allgemein im Leben an (Rosengren et al., Lancet 2004; 364: 953–62). Psychosozialer Stress ist nun einmal ein ganz subjektives Gefühl. Das gilt nach den oben genannten Untersuchungen übrigens erstaunlicherweise für alle Kulturkreise. Da eine allgemein akzeptierte Definition ebenso wie Messparameter für das Ausmaß des selbst empfundenen Stresses/Dysstresses fehlen, werden wir dieses Thema wohl noch viele Jahre je nach eigenen Emotionen kontrovers diskutieren. Wie gut, dass die meisten von uns in verlässlichen sozioökonomischen Verhältnissen leben, eine Typ-B-Persönlichkeit sind und nach einem stressigen Tag einen verständnisvollen Ansprechpartner haben. In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich

Ihr

 Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln