

Inhalt

► Schwerpunkt: Erkrankungen der Herzklappen	
TAVI bei inoperabler Aortenstenose mit problematischen iliofemorale Gefäßen	
Transaortaler Zugang gute Alternative zum transapikalen	Seite 4
Bypass-Operation in Kombination mit Aortenklappenersatz bei über 80-Jährigen	
Bei sorgfältig ausgewählten Patienten gute Ergebnisse	Seite 6
Bikuspidale Aortenklappe	
Familiencreening zeigt erhöhte Prävalenz bei nahen Verwandten	Seite 8
Reparatur und Ersatz der Mitralklappe bei Senioren	
Risiko niedriger als gedacht	Seite 10
Bioprothese vs. mechanische Aortenklappenprothese	
Ähnliche Mortalitätsraten	Seite 10
Kalzifizierete trikuspidale Aortenklappe	
NOTCH1-Variante erhöht AS-Risiko	Seite 11
Zirkulierende Kollagenmetabolite bei Aortenstenose	
Keine Surrogatmaße für Myokardfibrose	Seite 11
„Prophylaktischer“ Klappenersatz bei Aorteninsuffizienz	
Nicht empfehlenswert	Seite 12
Minimalinvasiver Aortenklappenersatz	
Mit neuer Prothese einfacher	Seite 12
TAVI oder erneute Operation nach vorheriger Herz-OP?	
Risikostratifizierung sollte besser werden	Seite 12
► Herzrhythmusstörungen	
Implantation von Schrittmacher oder ICD unter Warfarin	
Besser als Überbrückung mit Heparin	Seite 4
Biventrikuläre Stimulation bei AV-Block mit Linksherzinsuffizienz	
Offenbar besser als rechtsventrikuläres Pacing	Seite 6
Patientenselektion für die kardiale Resynchronisationstherapie	
Nachweis und Ausmaß der VEU besser als QRS-Dauer oder LBBB	Seite 7
► Koronare Herzkrankheit/Arteriosklerose	
Intensive Maßnahmen zur Lebensstiländerung bei Typ-2-Diabetes	
Langfristig ohne kardiovaskulären Effekt	Seite 3
Ergebnisse der Women's Health Initiative	
Sitzdauer unabhängig von Bewegung mit erhöhtem Herzrisiko assoziiert	Seite 3
Mehrfach ungesättigte Omega-3-Fettsäuren	
Bei mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren ohne Nutzen	Seite 4
Risiko für akuten Myokardinfarkt bei HIV-Infektion	
Durch die üblichen Faktoren allein nicht erklärbar	Seite 7
TWENTE-Studie zu Resolute ZES und Xience V EES	
Ähnliche Ergebnisse bei komplexen Läsionen und Off-Label-Indikationen	Seite 8
► Diverses	
Azithromycin-Gebrauch in der Allgemeinbevölkerung	
Kein erhöhtes Risiko für kardiovaskulären Tod	Seite 6
Hypertrophe Kardiomyopathie	
BNP sagt unabhängig Morbidität und Mortalität vorher	Seite 7
Läsionen in der femoropoplitealen Arterie	
DES auch nach zwei Jahren besser als PTA und provisorischer BMS	Seite 8
Therapieresistente Hypertonie bei chronischer Niereninsuffizienz	
Echte Resistenz ist häufig und zeigt ein hohes Risiko an	Seite 10
Maligne hämatologische Systemerkrankungen	
Herzschäden durch Chemotherapie zum Teil vermeidbar	Seite 11
► Industrie	Seite 13
► Termine	Seite 15



Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

trotz des bislang kühlen Sommers – der Klimawandel lässt grüben – folgte ich neulich einer Einladung zu einer von diesen vorhersehbar lecker-lustigen Grillpartys. Wie üblich sprachen nach dem Genuss eiweißhaltiger tierischer Fette fast alle Gäste, besonders aber die Grillgemüse liebenden Damen, über ihre einfach nicht zu beherrschenden Gewichtsprobleme. Nun weiß man ja eigentlich schon seit einigen Jahren, dass der „optimale“ BMI von gesunden 50- bis 70-Jährigen zwischen 23 und 30 (kg/m²) liegt (NEJM 2006;355:763). Erstaunlicherweise hat der von vielen, auf ihre attraktive Figur bedachten Frauen erwünschte BMI von <20 das gleiche erhöhte Sterblichkeitsrisiko wie ein BMI >35! Das könnte natürlich damit zusammenhängen, dass sich unter den Normalgewichtigen mehr Raucher befinden, und Rauchen senkt ja das Körpergewicht, steigert aber erwiesenermaßen die Sterblichkeit. Wie dem auch sei, es ist aus gesundheitlichen Gründen sicher besser, das Rauchen aufzugeben als einen niedrigen BMI anzustreben, was ja in der Regel auch nicht gelingt. Nun raten wir Ärzte unseren Patienten mit Diabetes oder zum Beispiel einer Koronarkrankheit zumeist nachdrücklich, einen BMI von <25 anzustreben. Wir folgen damit dem Dogma, dass dies neben ausreichender körperlicher Betätigung, Senkung des erhöhten Blutdruckes und der Lipide sowohl das Lebensgefühl als auch die Lebenserwartung verbessert. Tatsächlich gibt es gute Hinweise, dass eine effektive Gewichtsreduktion den Typ-2-Diabetes zumindest bei einem Teil der Patienten wieder zum Verschwinden bringen kann (JAMA 2012;308:2498). Da eine Gewichtsreduktion den Blutdruck senkt sowie die erhöhten Blutzucker und Blutfette reduziert, sollte logischerweise jeder Diabetiker und Koronarpatient ein möglichst niedriges Körpergewicht aufweisen. Leider scheint Mephisto „grau, lieber Freund, ist alle Theorie ...“ auch bei dieser Problematik mal wieder voll ins Schwarze getroffen zu haben. In der kürzlich publizierten AHEAD-Studie (NEJM 2013; DOI: 10.1056/NEJMoa1212914, S. 3) wurde genau dieses Dogma überprüft. 5145 deutlich übergewichtige Typ-2-Diabetiker (mittleres Alter 59 Jahre, BMI 36) wurden randomisiert der „normalen“ Therapie oder einer intensivierten Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion zugeführt. Es kam auch zu einer signifikanten Abnahme des Gewichtes (um 8,6% vs. 0,7% in der Kontrollgruppe



Herausgeber: Erland Erdmann

nach einem Jahr und um 6,0% vs. 3,5% bei Studienende nach einem mittleren Follow-up von 9,6 Jahren) sowie des Blutdruckes und des HbA_{1c}. Umso erstaunlicher für uns alle war die fehlende Reduktion von Tod oder kardiovaskulären Ereignissen. Eine einfache Erklärung für dieses überraschende negative Studienergebnis kenne ich nicht. Möglicherweise haben wir unsere Patienten also sinnlos über viele Jahre mit der Ermahnung, doch weniger zu essen und endlich ihr Gewicht zu senken, nur psychisch gequält. Wir haben die positiven Ergebnisse einer strikten Blutzuckereinstellung und Gewichtskontrolle beim Typ-1-Diabetes vielleicht zu schnell auf den Diabetes Typ 2 übertragen. Da sogar die Diabetiker mit fortgeschrittener Atherosklerose in der PROACTIVE-Studie, die unter Pioglitazon an Gewicht zunahmten, am meisten hinsichtlich Reduktion von Tod, Herzinfarkt und Schlaganfall profitiert haben, müssen wir wohl nochmals kritisch nachdenken (Int J Cardiol 2012;162:20). Entgegen der Lehrmeinung scheinen auch nach Herzinfarkt oder Bypass-Op die Patienten mit gleichbleibendem oder leicht zunehmendem BMI länger zu leben als die, die auf ihren Arzt hören und ihr Gewicht reduzieren (Eur Heart J 2006;27:2755; Am Heart J 2008; 155:478). Am besten hatten es sogar die Patienten mit einem BMI von 33! Mich irritieren diese Forschungsergebnisse, die nicht in unser Weltbild zu passen scheinen. Was sollen wir unseren übergewichtigen Patienten denn raten? Nun, zumindest haben die Normalgewichtigen eine bessere Beweglichkeit, sind körperlich fitter, kommen länger ohne künstliche Gelenke aus und müssen weniger Medikamente einnehmen – doch durchaus erwähnenswerte Vorteile!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen warmen Sommer, gute Grillabende und grüße Sie herzlich Ihr

Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln