KOMPAKT KARDIOLO

BIERMANN MEDIZIN

Einzelpreis: Euro 7,40

Herausgeber: Erland Erdmann

81912

Inhalt

➤ Schwerpunkt: cMRT/Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris
Zirkulierende endotheliale Mikropartikel ..... Seite 3
DAPT-Studie: 12 oder 30 Monate duale antithrombotische Therapie? ..... Seite 5
Carbamylierung von LDL bei atherosklerotischen Erkrankungen ..... Seite 5
Raten atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankungen ..... Seite 6
Kardiovaskuläre Schäden ..... Seite 7
Koronarintervention: Bivalirudin versus unfraktioniertes Heparin ..... Seite 8
Vaskuläre Bedeutung des miR-212/132-Clusters ..... Seite 8
Infarktnachweis per EKG versus kardialer MRT mit Gadolinium. ..... Seite 9
Familiäres Chylomikronämie-Syndrom ..... Seite 11
Körperliche Fitness junger Männer ..... Seite 11
Plaquestabilisierung unter Statinen ..... Seite 12

➤ Herzklappenerkrankungen
Moderate ischämische Mitralklappeninsuffizienz ..... Seite 3
Frühe Mortalität nach Aortenklappenersatz ..... Seite 7
TAVI bei dialysepflichtigen Nierenkranken mit Vorhofflimmern ..... Seite 10
Transapikale Transkatheter-Mitralklappen-Implantation ..... Seite 12

➤ Herzinsuffizienz
Abstoßung von Spenderherzen ..... Seite 6

➤ Herzrhythmusstörungen
Ablation bei Vorhofflimmern ..... Seite 10
Antikoagulation bei Vorhofflimmern ..... Seite 10

➤ Kardiomyopathien
Hypertrophe Kardiomyopathie ..... Seite 12

➤ Diverses
Späte autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung ..... Seite 4
Aortenwurzeldilatation beim Marfan-Syndrom. ..... Seite 4
Behandelte Hypertonie ..... Seite 4
Übermäßiges Sterberisiko bei Typ-1-Diabetes ..... Seite 5
Frühe Zusatzernährung bei kritisch Kranken: Enteral oder parenteral? ..... Seite 6
Sechs Jahre nach der ADVANCE-Studie ..... Seite 7
Bluthochdruck in großer Höhe ..... Seite 8
Initiale Therapie des Typ-2-Diabetes ..... Seite 9
Statine bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit ..... Seite 9
(Prä-)Diabetes ..... Seite 12

➤ Forschung, Hochschule & Verbände ..... Seite 13
➤ Industrie ..... Seite 15
➤ Termine ..... Seite 19

Sehr verehrte Kolleginnen unu

als ich mich kürzlich auf einem interessanten Symposium über die aktuellen Probleme des interventionellen Klappenersatzes mit einem Kollegen in der Kaffeepause unterhielt, hörte ich ungewohnt kritische Töne. Die Implantation der Aortenklappenprothese sei zwar heute gut etabliert, der Nutzen auch durch kontrollierte Studien belegt, die Mitra-Clip-Prozedur aber keineswegs und würde doch bereits in Tausenden von Fällen vorgenommen. Dabei hätte das prinzipiell ähnliche und schon lange durchgeführte operative Vorgehen, die Alfieri-Operation, ohne die dazu notwendige Anuloplastie keine guten Langzeitergebnisse (de Bonis et al., Circulation. 2014; 130[Suppl 1]:S19). Warum sollte die funktionell ähnlich wirkende Mitra-Clip-Prozedur besser sein? Er würde seine Patienten mit schwerer Mitralinsuffizienz erst dann zur interventionellen Behandlung überweisen, wenn wenigstens eine prospektive kontrollierte Studie günstig ausgegangen sei. Überhaupt solle man bei allen medizinischen Verfahren, die lediglich durch positive Expertenmeinungen unterstützt würden (und bei diesen Worten schaute er mich scharf an), sehr kritisch sein und seine Patienten vor derartigen „Experimenten beschützen". Meinen Einwand, pathophysiologisch mache doch die „edge-to-edge procedure" mit Verkleinerung der Mitralöffnung und dadurch Reduzierung des Reflux Sinn, wischte er mit der Bemerkung beiseite, pathophysiologisch hätten auch die passive Kardiomyoplastie mit dem CorCap, die Batista-Operation mit

Herausgeber: Erl

Ventrikelverkleine
Wandspannung
Rhythmusstörung
mika eigentlich er
leider wären in den
mehr Patienten ver
cebogruppen. Auc
bekannt, dass der
Herztod in den er
Herzinfarkt bei weite
gerade in dieser
brillator aber
berühmte kontrollie
beck et al. (NEJM
hätte. Inzwischen
Stehtisch mehrere
noch weitere Bei
denen erst die
gegen Placebo oder
liche Therapie gez
meintlich kluge the
tionen unter K
erfolglos waren:
(Cooper et al. NEJM
Dilatation und Ste

Fortsetzung siehe

Inspra® 25 mg Filmtabletten. Inspra® 50 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Eplerenon. 1 Filmtablette enthält 25 mg/ 50 mg Eplerenon. Sonst. Bestandteile: Jede Inspra-25 Lactose-Monohydrat, jede Inspra-50-mg-Tablette enthält 71,4 mg Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, Natriumdodecylsulfat, Talkum, Magnesiumstea Hypromellose, Titandioxid (E 171), Macrogol 400, Polysorbat 80, Eisen(III)-hydroxid-oxid x (E 172). **Anwendungsgebiete**: Zusatzl. zu einer Standardtherapie, d. Betablocker einschließt, d. kardiovask. Mortalität u. Morbidität bei stabilen Pat. mit linksventrik. Dysfkt. (LVEF ≤ Herzinsuff. nach kurzl. aufgetretenem Myokardinfarkt. Zusatzl. zu einer optimalen Stand d. Risikos d. kardiovask. Mortalität u. Morbidität bei erw. Pat. mit (chron.) Herzinsuff. d. systol. Dysfkt. (LVEF ≤ 30 %). **Gegenanzeigen**: Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoff od. einen mit Serumkaliumwerten > 5,0 mmol/l bei Behandl.beginn. Pat. mit schwerer Niereninsuff. Filtrationsrate] < 30 ml/min/1,73 m²) Pat. mit schwerer Leberinsuff. (Child-Pugh-Klasse Diuretika, Kaliumerganzungsmittel od. starke CYP3A4-Hemmer (z. B. Itraconazol, Ke Clarithromycin, Telithromycin u. Nefazodon) erhalten Kombination eines Angiote Hemmers u. eines Angiotensin-Rezeptor-Blockers (ARB) mit Eplerenon. **Nebenwirkunge** Hypercholesterinämie; Schlaflosigk.; Schwindel, Synkope, Kopfschmerzen; Myok Vorhofflimmern; Hypotonie; Husten; Diarrhö, Übelkeit, Obstipation, Erbrechen; Ausschlag Rückenschmerzen, Nierenfkt.störungen., Asthenie; erhöhter Blutharnstoffwert, *Gelegentlich*: Pyelonephritis, Infektion, Pharyngitis; Eosinophilie, Hypothyreose; Hypertriglyzeridämie; Hypästhesie; Tachykardie; arterielle Thrombose in d. Gliedma Flatulenz; Hyperhidrosis, Angioödem; Skelettmuskelschmerzen; Cholezystitis; Gynakoma