

► **Schwerpunkt: Herzklappenerkrankungen**

Schwere Trikuspidalklappeninsuffizienz
Mit Transkathetereingriff behoben Seite 3

Chirurgische Ablation bei Mitralklappenoperationen
Weniger Vorhofflimmern, mehr Schrittmacher Seite 8

TAVI in Großbritannien
Ergebnisse immer besser Seite 10

Schweregrad der Mitralklappeninsuffizienz
Beurteilung per MRT genauer Seite 10

Inzidenz und Prognose von Aortenstenose in Schweden
Positiver Trend Seite 10

Herzklappenoperation bei Mitralklappeninsuffizienz
Ejektionsfraktion runter, Osteopontin rauf Seite 10

Kathetergestützte Herzklappen-Implantation
Hervorragende Ergebnisse auch bei Patienten mit niedrigem Risiko Seite 16

Qualitätsoffensive der DGK
Klarer Nutzen der kathetergestützten Aortenklappenimplantation Seite 16

Premiere in der Herzchirurgie
Zwei neue Herzklappen über einen Zugang eingesetzt Seite 16

► **Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris**

Verdacht auf Koronare Herzkrankheit
CT-Angiographie nicht besser als Funktionstests Seite 4

Duale Antiplatelet-Therapie nach Stentimplantation
Verlängerung ohne erhöhtes Sterberisiko Seite 6

Primäre perkutane Koronarintervention bei STEMI
Routinemäßige Thrombektomie eher schädlich Seite 8

Sauna und kardiovaskuläre Gesundheit
Häufiger Besuch senkt Morbidität und Mortalität Seite 9

Koronare Mehrgefäßerkrankung
Stent oder Herzbypass-Operation? Seite 11

Evolocumab bei homozygoter familiärer Hypercholesterinämie
LDL-Cholesterin fast um ein Drittel gesenkt Seite 11

Heterozygote familiäre Hypercholesterinämie
Evolocumab senkt LDL-Cholesterin um bis zu 60 Prozent Seite 11

Koronarinterventionen: Door-2-Ballon-Zeiten immer kürzer
Scheinbar paradoxer Befund bei der Mortalität Seite 14

► **Herzrhythmusstörungen**

ICD-Implantation
Routinemäßiger Test ohne Vorteil Seite 14

► **Herzinsuffizienz**

Implantation der Herzen von DCD-Spendern
Bei den ersten Patienten erfolgreich Seite 3

► **Diverses**

Kürzere versus längere Lagerungsdauer von Erythrozytenkonzentraten
Bei Herzoperationen nicht relevant Seite 3

Bluthochdruck bei Schlaganfall
Senkung kurz danach machbar, aber ineffektiv Seite 4

Stenting oder Endarterektomie bei Karotisstenose?
Langzeitergebnisse ähnlich Seite 4

Studien mit hoher Praxisrelevanz
Ergebnisse oft nicht zeitnah gemeldet Seite 6

Mechanische versus manuelle Thoraxkompression
Kein Vorteil, mehr Nebenwirkungen Seite 6

Meta-Analyse zu Blutdrucksenker-Klassen
Kaum Unterschiede je nach Leibesfülle Seite 6

Schweißtreibende körperliche Aktivität
Invers mit der Mortalität assoziiert Seite 8

Transfusionsstrategie nach Herzchirurgie
Keine Unterschiede zwischen restriktiv und liberal Seite 9

Liberal versus restriktive Transfusionsstrategie nach Hüftfraktur
Auch bei älteren Patienten kein Unterschied Seite 9

Demenz und leichte kognitive Beeinträchtigung
Blutdruck nicht zu stark senken Seite 14

► **Industrie** Seite 17

► **Termine** Seite 23

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

das heute allgemein akzeptierte Ziel der Behandlung des akuten Myokardinfarktes ist die möglichst schnelle Reperfusion des Infarktareals. Dabei ist die Door-to-Balloon-Zeit (D2B) ein Maß für die Qualität der behandelnden kardiologischen Abteilung. Nallamothu und Mitarbeiter (s.S. 14) haben bei 150.116 Infarkt-Patienten in 423 Krankenhäusern der USA die D2B von 2005 bis 2011 gemessen. Sie nahen in diesen Jahren von 86 auf 63 min ab, was auf die permanenten Anstrengungen und die Professionalität der vielen beteiligten Ärzte hinweist. Innerhalb gleicher Risikogruppen war eine kürzere D2B auch wie zu erwarten mit einer besseren Prognose nach 6 Monaten korreliert. Leider nahm die Mortalität insgesamt über die Jahre aber wegen des höheren Alters, ausgeweiteter Indikationen und des zunehmenden Risikos der Kranken trotz kürzerer D2B nicht wie erhofft ab.

Meine eigenen Erfahrungen haben leider immer wieder gezeigt, dass wir Ärzte uns extrem bemühen, die D2B mit großem finanziellen und persönlichen Aufwand weiter zu reduzieren. Die viel wichtigere Zeit vom Eintritt der typischen Infarktsymptome bis zur Alarmierung des Notarztes (112) ist aber in der Regel um ein Vielfaches länger und manchmal für das kardiologische Team im Vergleich zu den eigenen Anstrengungen sogar demoralisierend lang. In diesem Zusammenhang erinnere mich an die Untersuchungen von Åkesson und Mitarbeitern (JACC 2014;64:1299). In dieser Langzeitstudie an 20.721 schwedischen Männern zwischen 49-79 Jahren ohne wesentliche Krankheiten wurden die 5 wichtigsten Anhaltspunkte für eine gesunde Lebensführung (gesunde Ernährung, moderater Alkoholkonsum (10-30 g/Tag), Rauchverzicht, körperliche Betätigung >40 min/Tag und >1 Stunde Sport/Woche sowie Bauchumfang <95 cm) per Fragebogen ermittelt. In den 11 Jahren der Nachverfolgung bekamen 1361 Männer einen Herzinfarkt - und wie man sich denken kann, wären 80% dieser Herzinfarkte bei entsprechender Lebensführung vermeidbar gewesen. Rauchen war übrigens der größte Risikofaktor.

Derartige Untersuchungen zeigen uns immer wieder die „ewigen Wahrheiten“ und langweilen uns deshalb schon meist. Wir sollten aber andererseits nicht vergessen, dass unsere mit großer akademischer Klugheit geführten Pro/Contra-Diskussionen über die Primärprophylaxe z. B. mit Statinen, ASS oder Defibrillatoren allenfalls marginale



Herausgeber: Erland Erdmann

Unterschiede betreffen, während oben genannten, selbst zu verschiedenen Faktoren eine weit Bedeutung haben. Und trotzdem natürlich richtig, die D2B einige Minuten weiter zu reduzieren. Bezüglich der oft nur marginalen kamenten- und Deviceeffekte, die dann in den Leitlinien doch noch eine positive Rolle spielen, fehlten bekommen (ut aliquot) sollten wir zukünftig durch Austausch von Anderson und Mitarbeiter (s.S. 6) im Hinterkopf behalten der seit 2000 vom US-Kongress etablierten Meldepflicht aller klinischen Studien bei ClinicalTrials.gov, von der FDA zusätzlich durch öffentliche Veröffentlichung wenigstens einer Zusammenfassung der Ergebnisse zur Verfügung gemacht wurde, werden heutzutage insbesondere die Ergebnisse nicht oder nur sehr langsam mitgeteilt. Dabei wurden die Ergebnisse von Industrie-geförderter Studien noch schneller publiziert als von durch staatliche Stellen finanzierten waren. Dieses „selective Reporting“ kann zur Folge haben, dass wir positiven Studienergebnisse und entsprechend „falsch“ oder „überdramatisch“ unkritisch behandeln. Aber wir wollten uns in diesem Zusammenhang nicht frustrieren lassen, weil wir unvernünftigen Patienten noch eigenen gefühlten Macht über sie. Lieber sehen wir die vielen Aspekte unseres Tuns.

In diesem Sinne grüße ich Sie

Ihr

Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln