

Inhalt

► **Schwerpunkt: Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris**
Monozygote Zwillingspaare mit unterschiedlicher Figur
 Höherer BMI erhöht das Diabetesrisiko Seite 2
Statintherapie zur kardiovaskulären Prävention bei älteren Personen
 Nur bei Koronarkalk und Karotisplaque sinnvoll Seite 2
Einfluss von Luftverschmutzung auf kardiovaskuläre Erkrankungen
 Koronarkalzium nimmt in Abhängigkeit von Feinstpartikeln zu Seite 4
Lebenserwartung nach akutem Myokardinfarkt
 In Kliniken mit guter Performance höher Seite 4
Bypass-Operation bei Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion
 Risiko für frühen Tod mehr als verdoppelt Seite 7
Protein tierischen Ursprungs
 Austausch gegen Pflanzenprotein lohnt sich – vor allem bei Risikofaktoren Seite 10
Herzinsuffiziente Typ-2-Diabetiker
 Fast alle zeigen vermeidbare Begleiterkrankungen Seite 10
Kardiogener Schock bei älteren Myokardinfarkt-Patienten
 1-Jahres-Mortalität über 15 Jahre um ein Drittel gesunken Seite 15
Meta-Analyse zum langen Sitzen
 Eine Stunde Sport gleicht acht Stunden am Schreibtisch aus Seite 16
Medikamente-eluierende vs. reine Metall-Stents bei koronarer Herzkrankheit
 Keine signifikanten Unterschiede bei Mortalität und Myokardinfarkt Seite 16

► **Herzinsuffizienz**
Sacubitril/Valsartan vs. Enalapril bei Herzinsuffizienz
 Auch bei reduzierten Dosen vorteilhaft Seite 4
Defibrillator-Implantation bei nicht ischämischer systolischer Herzinsuffizienz
 Kein Vorteil bezüglich der Mortalität aller Ursachen Seite 4
Herzinsuffizienz mit erholter Ejektionsfraktion
 Günstigere Aussichten als bei reduzierter oder erhaltener Auswurfraction Seite 8
Implantation von Linksherzunterstützungssystemen
 Kardiale Erholung durch A-priori-Strategie begünstigt Seite 12
Akute Abstoßung nach einer Herztransplantation
 Test zum Genexpressionsprofil näher validiert Seite 14
Transvenöse Sondenextraktion bei kardialer Resynchronisationstherapie
 Vor allem bei oraler Antikoagulation ist Vorsicht geboten Seite 17
Regulation kardialer Autophagie und des Alterns
 miR-22 als vielversprechender Kandidat identifiziert Seite 17
Therapiebeginn mit Sacubitril/Valsartan bei Herzinsuffizienz
 Randomisierter Vergleich zweier Hochtitrationsregime Seite 17

► **Herzklappenerkrankungen**
Aortenklappenstenose mit sehr niedrigem Durchfluss
 Ausbleibende Normalisierung sagt unabhängig die Mortalität vorher Seite 6
Transkatheter-Ersatz der Pulmonalklappe bei RVOT-Obstruktion
 Bestehende Trikuspidalklappeninsuffizienz kann reduziert werden Seite 8
Mangelnde Koaptation der Mitralklappensegel
 Mitraclip-Therapie kann trotzdem eine Option sein Seite 10
Aortenklappenersatz zwischen 50 und 69 Jahren
 Längeres Leben mit mechanischer Klappe Seite 11
Injektive Endokarditis nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)
 Risikofaktoren identifiziert Seite 12

► **Herzrhythmusstörungen**
Tako-Tsubo-Kardiomyopathie
 Bei Bradyarrhythmien kann ein permanenter Herzschrittmacher sinnvoll sein Seite 6
Akute schwere Blutungen unter FXa-Inhibitoren
 Effektive Hämostase durch Andexanet bei fast 80 Prozent der Behandelten Seite 7
Kardiokapsel in der Magnetresonanztomographie
 Untersuchung im 1,5- und 3-Tesla-MRT sicher Seite 7
NOAKs bei Herzinsuffizienz mit Vorhofflimmern
 Beeinträchtigte Nierenfunktion kann Dosisreduktion erforderlich machen Seite 8

► **Diverses**
Pathologische Hypertrophie
 Schutz durch zirkuläre RNA Seite 11
Herzstillstand in der Klinik
 Therapeutische Hypothermie möglicherweise eher schädlich Seite 12
Schwangerschaft bei pulmonaler Hypertonie
 Outcomes bei den verschiedenen Formen untersucht Seite 14
Systematischer Review zu akuter Aortendissektion und intramuralem Hämatom
 Optimale Behandlung typabhängig Seite 16

► **Forschung, Hochschule & Verbände** Seite 20

► **Industrie** Seite 26

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

die koronare Herzkrankheit ist und bleibt eine Herausforderung für unsere diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten – aber durchaus auch für unsere intellektuellen Fähigkeiten, neue Entwicklungen gebührend zu berücksichtigen. Das wurde mir wieder einmal bewusst, als vor einigen Tagen ein früherer Patient neben mir aus seinem schicken Porsche ausstieg. Vor ein paar Jahren hatte ich ihm (zur Freude des Kaufmännischen Direktors) „nur“ einen BMS-Stent in die proximale LAD implantiert, weil ich seine unzuverlässige Tabletteneinnahme kannte und deshalb Sorge hinsichtlich einer Frühthromboseerung hatte, falls er das ASS und/oder das Clopidogrel wegließe. Mehrfach hatte er in der Vergangenheit, bestärkt durch unverantwortliche Journalisten, die ihm verordneten Medikamente selbst abgesetzt. Die Statine seien doch nur von der bösen Pharmaindustrie „gepusht“ worden, so hätte er es im Fernsehen vernommen, und den Betablocker vertrüge er sowieso nicht. Mehrfach hatte ich versucht, ihm den fundamentalen Unterschied zwischen der tatsächlich umstrittenen Primärprävention und der gesicherten Sekundärprävention der KHK durch Statine klarzumachen, den so mancher Journalist nicht verstehen will. Ein diesbezüglich vernünftiger Vorschlag zur individualisierten Statintherapie wurde jetzt von Mortensen et al. (s. S. 2) veröffentlicht. Als mein ehemaliger Patient aus seinem „Sportwagen“ herauskletterte, wobei ich mich wunderte, wie er mit seiner voluminösen Statur hinter das Lenkrad passte – offensichtlich kann man in diesem Gefährt das Steuer personalisiert einstellen – machte er ansonsten einen sehr gesunden Eindruck. Heute weiß man, dass der BMS-Stent auch in der Langzeitbetreuung keine Nachteile gegenüber dem DES hat (Bønaa et al, s. S. 16). Meine damalige Entscheidung hatte ihm also keine Nachteile gebracht. Ob er die von mir gleichzeitig empfohlene 10.000 Schritte/Tag zwischenzeitlich einigermaßen regelmäßig durchgehalten hatte, wagte ich in Hinsicht auf seinen Embonpoint nicht zu fragen. Es nutzt ja nichts, wenn man noch zusätzlich Schuldgefühle erzeugt. Dabei ist der Gesundheitswert täglicher körperlicher Betätigung wieder und wieder eindeutig erwiesen (Ekelund et al., s. S. 16). Der in den letzten Jahren erkannte, deutlich koronarschädliche Fein- und auch Feinststaub (Partikelgröße <2,5 µm) (Kaufmann et al., s. S. 4) in den Großstädten sei, wie er mir auf meine ironischen Vorhaltungen zu seinem Boliden erklärte, nur zu 20–30% durch den Autoverkehr bedingt. Sein 400 PS-Gefährt wäre im übrigen auch kein Diesel.



Herausgeber: Erland Erdmann

Nun sind viele wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Koronarskleroseentstehung ja durchaus nicht nur unter Fachleuten bekannt. Leider aber folgen wir den entscheidenden Folgerungen bzw. Ratschlägen für ein gesünderes Leben kaum. Auch wenn die jetzt vorliegenden Ergebnisse der Nurses Health Study und der Health Professionals Follow-up Study mit einer Beobachtungszeit von 20–30 Jahren darauf hinweisen, dass pflanzliche statt tierischer Proteine in der Kost das Leben wesentlich verlängern (Song et al., s. S. 10), so werden die meisten unserer Patienten (und wir selbst?) die gut gemeinten Empfehlungen eher nicht berücksichtigen wollen. Und aus der Anforderung, mehr Fisch zu essen, wird häufig die Forelle zur Vorspeise und ein Steak zum Hauptgang. Andererseits sind manche vermeintlich etablierten Risikofaktoren bei genauerer Betrachtung gar nicht mehr so eindeutig Evidenz-basiert. In diesem Zusammenhang ist die aktuelle Publikation von Nordström et al. (siehe S. 2) hochinteressant. Die Kollegen haben über mehr als 12 Jahre bei 4046 monozygoten Zwillingspaaren (jeweils ein Zwilling mit hohem BMI und einer mit niedrigem BMI) untersucht, ob Herzinfarkt, Tod oder Diabetes mellitus bei denjenigen mit höherem BMI (wie zu vermuten) eher auftraten würden. Dem war keineswegs so! Lediglich zum Diabetes kam es häufiger bei den Übergewichtigen, Fortsetzung siehe Seite 2



Ranexa
ANOLAZIN

www.ranexa.de

M BERLIN-CHEMIE
MEYERINI