

Inhalt

► **Schwerpunkt: Herzklappenerkrankungen**
Transkathetere TAVI versus Operationen
 Mortalität 2016 numerisch geringer Seite 3
Stark reduzierte systolische linksventrikuläre Ejektionsfraktion
 Perkutane Reparatur der Mitralklappe wirksam und sicher Seite 4
Biomarker bei Aortenstenose
 Acylcarnitine verraten linksventrikuläres Remodeling Seite 6
Aortenklappenersatz
 Depressionen erhöhen die Mortalität Seite 6
Verlauf und Untertherapie bei Mitralklappeninsuffizienz
 Übermäßige Mortalität Seite 8
Degenerative Mitralklappeninsuffizienz
 MIDA-Score informiert über Mortalitätsrisiko Seite 14
Pulmonale Hypertonie
 MitraClip-Therapie auch in fortgeschrittenen Stadien sinnvoll Seite 16
Notoperation bei transfemoraler Transkatheter-Aortenklappen-Implantation
 Rate bei stabil rund 0,7 Prozent Seite 20
Koronare Obstruktion nach Valve-in-Valve-Implantation
 Inzidenz, Prädiktoren und klinische Outcomes untersucht Seite 20
Vorhofshyrverschluss bei Vorhofflimmern
 Thromben auf dem Implantat nicht selten Seite 22
Verzögerte koronare Obstruktion nach Transkatheter-Aortenklappen-Implantation
 Selten, aber in jedem zweiten Fall tödlich Seite 22
„Rapid Deployment“-Klappen bei Aortenstenose
 Kürzere Eingriffe, aber mehr Schrittmacher-Implantationen und Schlaganfälle Seite 22
Chirurgische Implantation biologischer Aortenklappen
 Klinisch relevante Degeneration nach zehn Jahren selten Seite 23
Ross-Operation versus mechanische Aortenklappe bei Erwachsenen
 Verbessertes Langzeitüberleben Seite 23
Interstitielle Myokardfibrose bei Aortenstenose
 Diffuse Fibrose und zelluläre Hypertrophie bessern sich nach Klappenersatz Seite 23

► **Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris**
Kardiovaskuläre Sicherheit von Gichtmedikamenten
 Mortalität mit Febuxostat höher als mit Allopurinol Seite 6
Prävention bei kardiovaskulären Risiken
 Supplementierung mit Omega-3-Fettsäuren ohne Nutzen Seite 8
SGLT-2-Inhibitoren, GLP-1-Agonisten und DPP-4-Inhibitoren
 Einfluss auf Mortalität und kardiovaskuläre Endpunkte untersucht Seite 10

► **Herzinsuffizienz**
Zentrale Schlafapnoe bei systolischer Herzinsuffizienz
 Adaptive Servoventilation ohne Nutzen für das Herz Seite 4
Reduzierte koronare Flussreserve und diastolische Dysfunktion
 Risiko für HFpEF-Hospitalisierung mehr als fünfmal erhöht Seite 4
Herzinsuffizienz bei gleichzeitiger chronischer Niereninsuffizienz
 ICD-Implantation eher nachteilig Seite 10
Herzinsuffizienz mit Ejektionsfraktion im mittleren Bereich
 Prädiktoren und Mortalität untersucht Seite 14
Intravenöse kardiovaskuläre Substanzen bei akuter Herzinsuffizienz
 Auswirkung auf die langfristige Mortalität untersucht Seite 18
Hospitalisierungen und Mortalität bei Herzinsuffizienz
 Prognostischer Wert psychosozialer Faktoren untersucht Seite 18

► **Diverses**
Scimitar-Syndrom
 Krankheitsverlauf und OP-Ergebnisse Seite 3
Vegetationsgröße bei infektiöser Endokarditis
 Zusammenhang mit dem Embolie-Risiko untersucht Seite 8
Blutdruckmessungen und Mortalität
 Ambulante Werte sind ein stärkerer Prädiktor Seite 10
Remission von Typ-2-Diabetes
 Praktikables Ziel in der Primärversorgung Seite 12
Verschluss eines hämodynamisch relevanten persistierenden Ductus arteriosus
 Hochdosiertes orales Ibuprofen offenbar eine gute Wahl Seite 12
Atriumseptumdefekt
 Verschluss reduziert offenbar die Mortalität Seite 12
Kardiale Leichtketten-Amyloidose
 Intramyokardiale Entzündung sagt ungünstigen Verlauf vorher Seite 14
Persistierende pulmonale Hypertonie nach korrigierter Herzklappenerkrankung
 Behandlung mit Sildenafil nicht ratsam Seite 16
Lungenhochdruck aufgrund einer Linksherzinsuffizienz
 Bessere Prognose bei isolierter postkapillärer pulmonaler Hypertonie Seite 16
Herztransplantationen
 Spätes Transplantatversagen nicht selten Seite 18
Myokarditis unter Immunchekpoint-Inhibitoren näher charakterisiert
 Unter Kombinationstherapie deutlich häufiger Seite 20

► **Forschung, Hochschule & Verbände** Seite 24

► **Industrie** Seite 28

► **Termine** Seite 35

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

vor Kurzem hatte die Gutachterkommission für ärztliche Fehlbehandlungen zu beurteilen, ob der Vorwurf der Tochter eines 81-Jährigen mit symptomatischer Aortenklappenstenose (KÖF 0,8 cm²) berechtigt war, ihr Vater sei falsch behandelt und außerdem nicht ausreichend über Alternativverfahren aufgeklärt worden. Da der Kranke mit einer EF von 40% auch an einer schweren koronaren 3-Gefäßkrankheit mit z. n. mehrfachem Stenting der LAD und der RCA litt, einen Karotisverschluss links, eine chronische Niereninsuffizienz (GFR ~35 ml/min) und eine ungeklärte, seit langem bekannte Thrombopenie hatte, war ein katheterinterventioneller Aortenklappenersatz (TAVI) durchgeführt worden, der technisch zwar gut gelang, aber zuerst zu einer Nachblutung aus der A. fem. führte, dann zu einem Nierenversagen und schließlich zu einer respiratorischen Insuffizienz, in deren Gefolge der Patient nach einigen Wochen auf der Intensivstation verstarb. Naturgemäß ist es für Patienten oder auch für ihre Angehörigen oft schwer zu akzeptieren, dass Kranke durch ihre Krankheit zu Schaden kommen – trotz (und nicht wegen) aller ärztlichen Bemühungen. Andererseits stellen manche Kardiologen und gelegentlich sogar die Laienpresse die TAVI-Prozedur heutzutage nicht selten fast als Routineverfahren dar, so dass selbst multimorbide Schwerstkranke allzu zuversichtlich dazu einwilligen und hinterher bei eintretenden Komplikationen ziemlich überrascht sind. Ohne Zweifel ist die vor etwa 15 Jahren erstmals eingeführte TAVI inzwischen ein sehr gut untersuchtes Verfahren zur Behandlung der symptomatischen Aortenklappenstenose bei geriatrischen Patienten (Ali et al., EJHF 2018; 20: 642). Auch im Rahmen der weiterhin zunehmenden Lebenserwartung steigt die Zahl dieser Eingriffe in Deutschland ständig, 2016 wurden die stenosierten Aortenklappen fast 11.000-mal operativ ersetzt und über 17.000-mal katheterinterventionell (TAVI). Interessant und klinisch wichtig in diesem Zusammenhang sind die Beobachtungen von Drudi et al. (s. S. 3) an 1035 über 70-Jährigen, die sich einem Aortenklappenersatz (TAVI oder OP) unterziehen mussten, dass präoperativ in 31,5% eine Depression bestand und diese die Einjahresmortalität um den Faktor 2–3 erhöhte. Einerseits leiden alte Patienten häufig an psychoso-



Herausgeber: Erland Erdmann

zialen Erkrankungen, andererseits ist speziell die Depression auch bei Patienten mit Herzinsuffizienz ein großes Problem mit einer sehr schlechten Prognose (Bekelman et al., JAMA Intern Med 2018;178:511; Sokoreli et al., s. S. 18). Eine entsprechende antidepressive Therapie war bei schwerer Herzinsuffizienz hinsichtlich der Psyche der Patienten in der Regel zwar recht erfolgreich, senkte die hohe Mortalitätsrate aber überhaupt nicht (Angermann et al., JAMA 2016;315:2683; Smolderen et al., Circulation 2017;135:1681). Ein ungelöstes Problem – wie so viele! Für die Indikation zum Aortenklappenersatz gibt es – bis auf die Symptomatik – keine allgemein akzeptierten Regeln. Manche alten Patienten mit hochgradiger Stenose und sogar erniedrigter EF, die sich nicht zur Operation entschließen können, leben (auf ihrem altersentsprechenden Niveau) jahrelang beschwerdefrei. Die Klappenöffnungsfläche alleine ist bekannterweise kein objektives Maß für die Indikation zur Intervention, auch für die in der Regel akzeptierte EF <50% gibt es bei asymptomatischen Patienten kaum gesicherte Daten (siehe dazu 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease, 2017;38:2739–2791). Vielleicht wird die Bestimmung der Acylcarnitine eines Tages leicht messbare Kriterien für die Indikation zum Klappenersatz bringen (Elmariah et al., s. S. 6). Zumindest scheinen die langkettigen Acylcarnitine einen Hinweis auf die Vitiumbedingte Überlastung des linken Ventrikels und das noch mögliche positive Remodeling des linken Ventrikels nach Aortenklappenersatz zu geben. Damit wäre dann eine eindeutiger Indikationsstellung möglich.

Fortsetzung siehe Seite 3