

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt: Herzklappenerkrankungen	Seite
<i>Studien zu neuen Transkatheter-Mitral- und Trikuspidalklappen-Therapien</i>	
Sozioökonomischer Bias in US-amerikanischen Studienzentren.....	5
<i>Biologischer Aortenklappenersatz</i>	
Klinische Langzeitergebnisse bei Patienten-Prothesen-Mismatch.....	5
<i>Operation der degenerativen Mitralsuffizienz?</i>	
Überleben sinkt mit Anzahl sekundärer kardialer Begleiterscheinungen	5
<i>Primäre Insuffizienz der Mitralklappe</i>	
Chirurgische Reparatur insgesamt mit geringem Risiko verbunden.....	6
<i>Halbbarkeit von selbstexpandierenden Transkatheter- versus chirurgischen Aortenklappen</i>	
Weniger strukturelle Klappenveränderungen bei minimalinvasivem Vorgehen	6
<i>Transfemorale Aortenklappenimplantation an deutschen Kliniken</i>	
Eingriffsvolumen als Surrogatparameter für Qualität eher ungeeignet.....	8
<i>Pathophysiologischer Schlüsselmechanismus der kalzifizierten Aortenklappenerkrankung</i>	
Sortilin verantwortlich für Fibrose und Verkalkung	8
<i>Paravalvuläre Insuffizienz nach Transkatheter-Aortenklappenersatz</i>	
Behebung der Undichtigkeit verbessert Prognose.....	8
<i>Reparatur oder Austausch bei schwerer sekundärer Mitralsuffizienz?</i>	
In puncto Mortalität bleibt es ungewiss	9
► Antikoagulationstherapie	
<i>Antikoagulation zur Vermeidung erneuter Thrombosen beenden oder fortführen?</i>	
Neuer Risikoscore kann bei der Entscheidung helfen.....	18
<i>Perkutane Koronarintervention bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko</i>	
Kürzere duale Antiplättchen-Therapie in systematischem Review vorteilhaft.....	18
<i>Ein- oder zweifache Plättchenhemmung nach komplexer Perkutaner Koronarintervention?</i>	
P2Y12-Inhibitor-Monotherapie verringert Blutungsrisiko	19
<i>Antikoagulation versus Verschluss des linken Vorhofohrs</i>	
Intervention mit weniger schweren Ereignissen verbunden.....	19
► Sonstiges	
<i>LDL-Cholesterinsenkung bei Patienten mit Koronarer Herzerkrankung</i>	
Treat-to-Target-Behandlung ist hochintensiver Statintherapie nicht unterlegen.....	10
<i>Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse durch eine Grippeimpfung</i>	
Monatelange Schutzwirkung unabhängig von Alter und Ursprungsrisiko.....	10
<i>Den Wirkeffekt von Antihypertensiva maximieren</i>	
Verstärkte Blutdruckreduktion mit individueller Behandlungskombination.....	12
<i>Plötzlicher Herztod bei Jugendlichen im Vereinigten Königreich</i>	
Studie untersucht Ätiologie und Assoziation mit körperlicher Aktivität.....	13
► Forschung, Hochschule & Verbände	20
► Industrie	23
► Termine	33

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

die aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (Eur Heart J 2020;41(1):111-188) zur Behandlung erhöhter Lipidwerte bei kardiovaskulären Patienten weisen auf Grundlage des heutigen Wissensstandes darauf hin, dass uneingeschränkt gilt: „Je größer die medikamentös erreichte LDL-Cholesterin(C)-Reduktion, desto größer ist auch die Reduktion des kardiovaskulären Risikos“. Bei Hochrisikopatienten empfehlen sie deshalb LDL-C-Zielwerte von <55 mg/dl oder sogar von <40 mg/dl (falls es trotz einer hochdosierten Statintherapie zu einem erneuten kardiovaskulären Ereignis gekommen ist). Bislang haben viele Kardiologen gewisse Zweifel gehabt, ob sie wirklich unbedingt die sehr niedrigen Zielwerte von <55 mg/dl anstreben sollten oder ob sie nicht statt eines schwierigen Auf-titrierens auch einfach ein potentes Statin geben könnten. Mit dieser Fragestellung haben Hong et al. (S. 10) eine multizentrische prospektive, randomisierte Studie über 3 Jahre bei 4400 Patienten mit Koronarer Herzerkrankung durchgeführt. Die im Mittel 65 Jahre alten Kranken wurden entweder auf LDL-C-Werte zwischen 50 und 70 mg/dl mit Statinen „auf-titriert“ (n=2200) oder bekamen einfach 20 mg Rosuvastatin oder 40 mg Atorvastatin verordnet (n=2200) in der Annahme, dass dadurch die LDL-Spiegel um etwa 50% reduziert würden. Die erzielten LDL-C-Werte in der Treat-to-Target-Gruppe unterschieden sich mit 69,1 mg/dl allerdings nicht wesentlich von der High-Intensity-Statin-Gruppe (68,4 mg/dl). Gleiches galt für die kardiovaskulären Ereignisse (8,1% und 8,7%) in den 3 Beobachtungsjahren. Die Autoren interpretieren ihre Studienergebnisse so, dass die

Herausgeber: Erland Erdmann

tion und der dazu notwendigen Reduktion des LDL umgeht und stellte an ChatGPT (<https://chat.openai.com>) deshalb die Frage: „Sollten Ärzte ihren Hochrisikopatienten mit Zustand nach Herzinfarkt grundsätzlich hochpotente Statine verordnen oder reicht es, einen LDL-C-Wert unter 70 mg/dl anzustreben?“

Die Antwort, die ich erhielt, fand ich eigentlich ganz gut, da sie eindeutig den Wert individueller Beratung hervorhob: „Als KI-Modell kann ich keine spezifische medizinische Beratung geben, daher sollten Sie sich bei Fragen zu Ihrer individuellen Gesundheit an einen qualifizierten Arzt oder eine Ärztin wenden. Allerdings kann ich Ihnen einige allgemeine Informationen zu Statinen und der Senkung des LDL-C-Spiegels geben. Statine sind eine Klasse von Medikamenten, die häufig zur Senkung des Cholesterinspiegels eingesetzt werden. Sie hemmen ein Enzym, das für die Produktion von Cholesterin im Körper verantwortlich ist. Die Senkung des LDL-C-Spiegels, insbesondere bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist ein wichtiger Bestandteil der Prävention von weiteren Herzinfarkten und Schlaganfällen. Die Zielwerte für den LDL-C-Spiegel können je nach indivi-

nd klinischen Richt-
1. Ein LDL-C-Wert
oft als therapeuti-
sehen, insbesondere
atienten, wie solchen
h Herzinfarkt. Einige
fehlen jedoch auch
e, wie bspw. <55 mg/
dung, ob ein Patient
:atine benötigt oder
1 verschiedenen Fak-
ließlich des individu-

legen.....
keit. Auch ich wollte mal selbst sehen, wie die teilweise recht kritisch beurteilte Künstliche Intelligenz (KI) mit dem Problem der ärztlichen Behandlung bei der kardiovaskulären Präven-

ellen Risikoprofils, der vorliegenden Herzerkrankungen und anderer Begleiterkrankungen. Es ist wichtig, dass ein erfahrener Arzt oder eine Fortsetzung siehe Seite 3.....►