

Therapie bei Koronarer Herzkrankheit

Teamwork Chirurgie & Kardiologie

WIEN – Koronare Mehrgefäßerkrankungen und komplexe Stenosen stellen Interventionisten wie auch Chirurgen vor große Herausforderungen. Neue Lösungsansätze bieten Hybrid-Eingriffe, wie bei einem Vortragsabend des Gesundheitspolitischen Forums zu vernehmen war, der sich ausnahmsweise einmal eines therapeutischen Themas annahm.

Zu Gast im Gesundheitspolitischen Forum waren die beiden Kardiologen Prim. Dr. GEORG GAUL, bis vor Kurzem Leiter der Kardiologie im Wiener Hanusch-Krankenhaus, und Prim. Univ.-Prof. Dr. MARTIN GRABENWÖGER, Leiter des Karl Landsteiner Instituts für Herz- und Gefäßchirurgische Forschung am Krankenhaus Hietzing. Diskutiert wurde die von beiden Referenten als „gut“ bezeichnete Kooperation zwischen Herzchirurgie und (interventioneller) Kardiologie. Die Zusammenarbeit – wozu auch die Anästhesie gehöre – ermögliche erst erfolgreiche Operationen.

Die Stent-Implantation auch bei schwieriger Koronarmorphologie hat es ermöglicht, dass heute vielen

Patienten eine Bypass-Operation mit Thorakotomie erspart bleiben kann. „Doch nicht alles, was möglich ist, ist auch langfristig sinnvoll“, betonte Prof. Grabenwöger. Der Experte verwies auf die Ergebnisse der Syntax-Studie, die eine signifikant geringere Herzinfarkttrate nach drei Jahren für die operierten Patienten zeigte. Umgekehrt war die Rate erneuter koronarer Revascularisationen bei gestenteten Patienten doppelt so hoch wie in der Bypass-Gruppe.

Aber auch Bypässe sind nicht immer der Weisheit letzter Schluss, gab Prof. Grabenwöger zu bedenken. „So ist bekannt, dass 40 Prozent der Venengrafts nach zehn Jahren nicht mehr durchgängig sind. Außerdem ist es oft schwer, bei fortgeschrittener Mehrgefäßerkrankung gute Anschlussmöglichkeiten für den Bypass zu finden.“

Die Entscheidung, ob Stent oder Bypass, sollte individuell getroffen werden, am besten in einem „Heart-Team“, dem Interventionisten, Chirurgen, Radiologen und Anästhesisten angehören sollten. Ziel ist, selbst bei schwierigen Bedingungen und hohem Ausgangsrisiko eine möglichst komplette Sanierung herbeizuführen, was mitunter erst durch ein kombiniertes Vorgehen machbar wird. Ein Bei-



Kardiologie und Herzchirurgie im Dialog: Prim. Dr. Georg Gaul, Prof. Dr. Robert Fischer (Moderation), Mag. (FH) Verena Biribauer, Univ.-Prof. Dr. Martin Grabenwöger und Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwarz (Präsident der Karl Landsteiner Gesellschaft).

spiel hierfür wäre die chirurgische Versorgung einer LAD-Stenose mit der linken Brustwandarterie (LIMA) und die Versorgung der restlichen Stenosen mit einem Stent. So könnte dem Mehrgefäßerkrankten die Venenentnahme erspart bleiben. Zugleich könnten gute Voraussetzungen für eine anhaltende Durchgängigkeit der revascularisierten Koronarabschnitte geschaffen werden.

Logistische Voraussetzung für ein kombiniertes Verfahren ist ein Hybrid-OP, der sich durch ein integriertes Katheterlabor auszeichnet. „In einem solchen Raum kann jederzeit von einer koronaren Intervention auf einen thoraxchirurgischen Eingriff gewechselt werden“, beschrieb Prof.

Grabenwöger das ideale Setting. Auf die Frage von Moderator Prof. Dr. ROBERT FISCHER nach der Kontrolle nach einem Stent- bzw. Bypass-Eingriff, betonte Prim. Gaul: „Das wichtigste Kontrollinstrument ist das Gespräch mit dem Patienten. Seine Rückmeldung über seine Fortschritte bzw. plötzliche erneute Leistungseinbußen führt dazu, dass gegebenenfalls diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden.“

Mini-Herz-Lungen-Maschinen

Auch im Bereich der Herz-Lungen-Maschine (HLM) gibt es interessante Entwicklungen. Nachdem sich die Off-Pump-Chirurgie nur zögerlich etabliert hat – weltweit

werden nur 15 Prozent der Eingriffe ohne extrakorporale Umleitung durchgeführt – setzen mittlerweile immer mehr Zentren auf so genannte Mini-HLMs. Dabei handelt es sich um eine minimierte Ausgabe der großen, schweren Originalmaschine mit deutlich reduziertem Füllvolumen und fehlender Reservoir-Komponente. An der Thoraxchirurgie in Hietzing kommen Mini-HLMs zunehmend häufiger zum Einsatz. Prof. Grabenwöger: „Unsere Daten belegen einen reduzierten Konservenbedarf, die Patienten sehen gleich am ersten postoperativen Tag frischer aus und es kommt seltener zu einer Überwässerung.“

Ein wichtiger Vorteil dieser Geräte besteht auch darin, dass der Chirurg nicht gänzlich auf das Sicherheitsnetz verzichten muss, das ihm ein Operieren in Ruhe ermöglicht. Die Gefahr einer suboptimalen Revascularisierung, wie sie die Off-Pump-Chirurgie bei schwierigen Verhältnissen mit sich bringt, kann durch eine Mini-HLM reduziert werden.

Auch für Pumpen zur Unterstützung der Herzleistung gilt: Weniger ist mehr. Bis vor Kurzem waren linksventrikuläre Assist Devices (LVAD) große Apparate, die vom Patienten extern getragen wurden. Heute sind die Geräte so klein, dass die komplette Ausstattung in die Brusthöhle implantiert werden kann. Einziges noch ungelöstes Problem ist die Energieversorgung. Die Aufladung der Akkus muss derzeit noch über externe Kabel erfolgen. Doch auch hier sind Lösungen in Sicht, so Prof. Grabenwöger. Eine transdermale Aufladung sollte in naher Zukunft möglich sein. Dann stünde der Verwendung von LVADs als Dauertherapie nichts mehr im Wege. Noch werden Herzpumpen vor allem als Überbrückung bis zu einer Herztransplantation eingesetzt. Diese Einschränkung hat aber jetzt ein Ablaufdatum. **AMK**

Erleichtert Therapiesteuerung, verhindert Klinikaufenthalte

Herzschwäche: NT-pro-BNP messen!

WIESBADEN – Klinische Untersuchung und Echokardiographie gelten als die beiden Säulen der Herzinsuffizienz-Diagnostik. Doch sie haben Konkurrenz bekommen. Vor allem in der Therapiesteuerung bewährt sich die Messung des NT-pro-BNP¹.

Die klinische Diagnostik der Herzinsuffizienz ist – außer beim klassischen Patienten – schwierig. Zum einen äußert sich die Krankheit oft mit einer vieldeutigen, relativ unspezifischen Symptomatik – Müdigkeit, Abgeschlagenheit, verminderte Leistungsfähigkeit. Zum anderen können Trainingsmangel oder Begleiterkrankungen wie Anämie oder COPD zu (vermehrter) Luftnot führen. Umgekehrt fehlt nicht selten das führende Symptom der Belastungsdyspnoe, weil sich

die Patienten einfach nicht mehr belasten, erklärte der Berliner Kardiologe Dr. ALEXANDER ALBRECHT auf einem Roche-Symposium anlässlich des Internistenkongresses.

Auch die Echokardiographie hat Tücken. So ist die Beurteilung zum Zeitpunkt X abhängig vom Untersucher, vom Hydratationszustand, der Hämodynamik und der Herzfrequenz des Patienten. Seine Stärke hat der Herzschall bei der Kontrolle des einzelnen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz im Langzeitverlauf, sagte der in einer kardiologischen Gemeinschaftspraxis niedergelassene Kollege.

Nach seiner Überzeugung kann die Bestimmung des NT-pro-BNP die Herzinsuffizienz-Diagnostik sinnvoll ergänzen. Die Höhe des Peptids korreliert sowohl mit dem Schweregrad als auch mit der Prognose der akut dekompensierten und der chronischen Herzin-

suffizienz. Die NT-pro-BNP-Werte sinken, wenn der Patient re kompensiert bzw. die Medikation intensiviert wird (Ausnahme: der initiale passagere Anstieg unter Betablockergabe).

Bei der Interpretation auf Vorhofflimmern achten

Allerdings ist das NT-pro-BNP abhängig vom Alter, es wird durch Adipositas, Vorhofflimmern, Klappenerkrankungen, Nieren- und Leberinsuffizienz und ein Lungenödem beeinflusst. „All das müssen wir im Hinterkopf haben, wenn wir den einzelnen Wert interpretieren wollen“, betonte Dr. Albrecht. Beim individuellen Patienten lässt sich der Verlauf der Herzinsuffizienz durch die regelmäßige NT-pro-BNP-Messung sehr gut einschätzen. Dass dies auch therapeutisch relevant ist, zeigte die PROTECT²-Studie an 151 ambulanten Pati-

enten mit chronischer Herzinsuffizienz und linksventrikulärer Dysfunktion (EF ≤ 40 %).

Patienten, deren Behandlung durch NT-pro-BNP (Zielwert ≤ 1000 pg/ml) gesteuert wurde, erlitten innerhalb von sechs Monaten hochsignifikant weniger Verschlechterungen und mussten seltener in die Klinik. In puncto kardiovaskulärer Tod zeigte sich – bei kleiner Fallzahl – kein Unterschied. Aufgrund der Überlegenheit der gesteuerten Therapie wurde die Studie vorzeitig abgebrochen, berichtete Dr. Albrecht. Die Indikation für eine NT-pro-BNP-gesteuerte Herzinsuffizienztherapie sieht er angesichts der überzeugenden Daten für die Praxis als gegeben an. **Md**

¹ N-terminales pro-Brain natriuretisches Peptid

² Pro-BNP Outpatient Tailored Chronic Heart Failure Therapy

41. Gesundheitspolitisches Forum; Wien, April 2012

Das Gesundheitspolitische FORUM

Das Gesundheitspolitische Forum vernetzt Entscheidungsträger und Akteure des österreichischen Gesundheitswesens. Die Initiatoren sind HR Prof. Dr. Robert Fischer und Dr. Othmar E. Hill. Unterstützt wird das Gesundheitspolitische Forum von Astra Zeneca.
www.gesundheitspolitischesforum.at