FORTBILDUNG

Herz-Kreislauferkrankungen

Korrekte Diagnose und optimale Langzeittherapie

Prof. Dr. med. Franz Eberli
Zürich

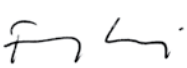
Herzkreislauferkrankungen sind zweifellos eine grosse Gesundheitsbürde. Über die Hälfte der Bevölkerung wird im Laufe ihres Lebens eine Behandlung wegen einer Herzkreislaufkrankheit brauchen. Da es sich dabei meist um chronische Erkrankungen, z.B. eine Hypertonie, handelt, ist eine Dauermedikation notwendig. Die korrekte Diagnose und eine optimale Therapie sind daher wichtig, um einerseits eine Überbehandlung zu vermeiden und andererseits durch eine korrekte Behandlung Langzeitfolgen zu vermeiden.

In einem ersten Artikel beleuchtet Dr. Muggli das Problem der therapieresistenten Hypertonie. Er bespricht die Wichtigkeit der korrekten Diagnose. Dabei wird das Problem der Weisskittelhypertonie dem Problem der maskierten Hypertonie gegenübergestellt. Die maskierte Hypertonie bezeichnet die Hypertonie, welche nur im ambulanten Blutdruckmonitoring gemessen wird, während der Praxis-Blutdruck normal ausfällt. Da die renale Denervation und die Stimulation der Barorezeptoren zurzeit noch keine Alternative zur Behandlung der therapieresistenten Hypertonie darstellen, muss eine optimale medikamentöse Therapie etabliert werden. Dr. Muggli beleuchtet die Vorteile der Kombinationspräparate auf die Compliance der Patienten und bespricht auch die Interferenzen der antihypertensiven Therapie mit anderen Medikamenten.

Frau Dr. Akdis und Prof. Duru beleuchten das schwierige Problem der richtigen Diagnose und Behandlung der Synkopen. 18 bis 40 auf 1'000 Patienten erleiden jährlich eine Synkope. Diese kann durch eine basale vagovasale Reaktion bis zu einer malignen Rhythmusstörung verursacht sein. Die Synkopen werden aufgrund der Pathophysiologie in drei Gruppen eingeteilt. Dies sind die Reflexsynkope, die kardiale Synkope und die Synkope bei orthostatischer Hypotonie. In der Übersichtsarbeit wird der kardialen Synkope der grösste Platz eingeräumt, da die Prognose bei kardialer Synkope am schlechtesten ist. Die jährliche Mortalität bei kardialen Synkopen liegt zwischen 18 und 33% während sie bei nichtkardialen Synkopen bei 0 und 12% liegt. Dementsprechend werden die Abklärungsgänge sehr sorgfältig dargestellt und die möglichen Therapien aufgelistet. Da die Synkope häufig ein dramatisches Ereignis ist und dem Patienten Angst macht, ist eine korrekte Diagnosestellung und anschliessend entweder eine Beruhigung des Patienten über die Ungefährlichkeit des Zustandes oder eine korrekte Therapie zur Verhinderung erneuter Synkopen sehr wichtig.

Die Herzinsuffizienz ist ein häufiges Problem bei älteren Patienten. Dr. Moschovitis weist in seinem Artikel auf den Unterschied zwischen einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion (HFrEF) und der Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurffraktion (HFpEF) hin. Für die Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion sind eine ganze Palette von Medikamenten und klar definierte Richtlinien bezüglich einer zusätzlichen apparativen Therapie (z.B. kardiale Resynchronisationstherapie, ICD) etabliert. Der Artikel weist auf neuere Entwicklungen in der Therapie hin, insbesondere auf das neue Medikament LCZ696, welches die Herzinsuffizienztherapie in naher Zukunft verbessern wird. Für die Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurffraktion ist die Therapie schwieriger. Meistens beschränkt sie sich auf eine bradykardisierende und diuretische Therapie.

Schliesslich wird die komplexe Problematik des Vorhofflimmerns von der Autorengruppe aus St. Gallen sehr umfassend dargestellt. Es wird auf die Problematik einer guten Antikoagulation auch mit den neuen nicht Vitamin-K abhängigen Antikoagulanzien hingewiesen. Daneben nimmt aber die wichtige Frage Rhythmuskontrolle versus Frequenzkontrolle einen breiten Platz ein. Die Autoren zeigen sehr schön die medikamentösen Möglichkeiten für die beiden Behandlungsprinzipien auf. Es wird auch kurz die Pulmonalvenenisolation als interventionelle Therapie des intermittierenden Vorhofflimmerns dargestellt. Wichtig ist auch der Hinweis, dass Patienten, welche nicht antikoaguliert werden können oder Schwierigkeiten bei der Antikoagulation aufweisen (Blutungen, wiederholte Entgleisungen), mit dem Vorhofsohrverschluss behandelt werden können. Die Studiendaten sind in dieser Beziehung für den Vorhofsohrverschluss sehr gut. Der Vorhofsohrverschluss ist der oralen Antikoagulation überlegen. Dies hat die FDA veranlasst, die Behandlung für Patienten mit schwer einstellbarer oraler Antikoagulation zuzulassen.



Prof. Dr. med. Franz Eberli