Internist 2016 · 57:301–303
DOI 10.1007/s00108-016-0037-7
Online publiziert: 16. März 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

G. Hasenfuß

Herzzentrum, Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

Herzklappenerkrankungen

Herzklappenerkrankungen sind hochaktuell, häufig und ein typisches Beispiel für das Thema des diesjährigen Internistenkongresses: „Demographischer Wandel fordert Innovation". Was meine ich damit? Die Zunahme von Herzklappenerkrankungen – und hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Aortenstenose und die Mitralinsuffizienz – ist ganz unmittelbar auf den demografischen Wandel zurückzuführen.

Die Errungenschaften der modernen Medizin und die weitgehend dadurch bedingte Zunahme der Lebenserwartung führen zu einem deutlichen Anstieg von chronischen Erkrankungen, nicht nur in der Kardiologie, sondern in den meisten Schwerpunkten der Inneren Medizin. Herzinfarkte werden überlebt, aber häufig entsteht danach eine Herzinsuffizienz und infolge einer Papillarmuskeldysfunktion oder einer Ventrikeldilatation eine funktionelle Mitralinsuffizienz. In ähnlicher Weise stellt die Aortenklappenstenose in Form der degenerativ-verkalkenden Aortenklappenstenose eine Erkrankung des hohen Lebensalters dar; in der Altersgruppe der über 75-Jährigen beträgt die Prävalenz etwa 5 %. Der demografische Wandel führt also zu einer deutlichen Zunahme der Aortenstenose und der Mitralinsuffizienz.

> » Der demografische Wandel führt zu einer Zunahme an Herzklappenerkrankungen

Gleichzeitig bringt das hohe Lebensalter der Patienten Multimorbidität und damit eine Steigerung des Operationsrisikos bei klassischen herzchirurgischen Eingriffen mit sich. Folglich gilt es, innovative Verfahren zu entwickeln, die mit einem geringeren Eingriffsrisiko verbunden sind. Ermöglicht wird dies wiederum durch die gewaltigen Errungenschaften der Ingenieurstechnologie und der Medizintechnik. So wurden in der letzten Dekade neue schonende Operationsverfahren entwickelt, v. a. aber interventionelle Verfahren, die schonende Eingriffe auch bei multimorbiden Patienten mit hohem Operationsrisiko erlauben. Methoden wie die Transkatheter-Aortenklappenimplantation („transcatheter aortic valve implantation" [TAVI]) oder auch das MitraClip®-Verfahren sind in kürzester Zeit zur klinischen Routine geworden. Deswegen ist es für alle Internisten und Allgemeinmediziner von Relevanz, diese Verfahren sowie die Vorbereitung und Nachbetreuung der Patienten zu kennen.

In **Abb. 1** ist die Zunahme der TAVI-Prozeduren in Relation zur konventionellen Aortenklappenchirurgie gezeigt. TAVI-Prozeduren sind zusätzliche Prozeduren. Patienten, die früher nicht operiert wurden und hochsymptomatisch nach durchschnittlich zwei Jahren verstarben, können jetzt wieder eine gute Lebensqualität und eine altersentsprechende Prognose erreichen.

Die fünf Schwerpunktbeiträge der vorliegenden Ausgabe von *Der Internist* stellen die Sachlage und die Probleme für den Nichtspezialisten auf hervorragende Weise dar. So wird in der Arbeit von *Hamm* u. *Bauer* die interventionelle Aor-

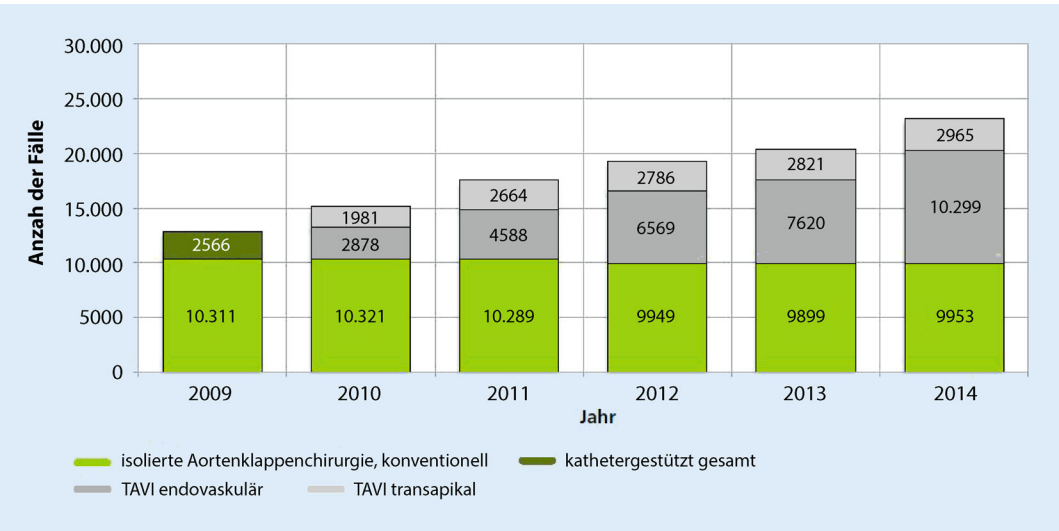


Abb. 1 ◄ Entwicklung der Zahlen von TAVI und isolierter konventioneller Aortenklappenchirurgie seit dem Jahr 2009. [a]Unterteilung in endovaskulär und transapikal erst ab 2010. *TAVI* „Transcatheter aortic valve implantation" (Transkatheter-Aortenklappenimplantation). (Adaptiert nach [1], Datenquelle: AQUA-Institut)

tenklappenimplantation erklärt, zudem werden aktuelle Ergebnisse diskutiert.

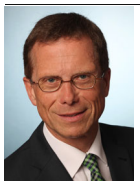
Eine Sonderform der Aortenklappenstenose ist die paradoxe Low-flow-low-gradient-Aortenstenose. Hier wird trotz hochgradig reduzierter Klappenöffnungsfläche und erhaltener systolischer Funktion aufgrund eines niedrigen Schlagvolumens kein hoher transvalvulärer Gradient erreicht. Diese Variante der Aortenstenose wurde lange verkannt, obwohl sie mit einer ausgeprägten Symptomatik und schlechten Prognose vergesellschaftet ist. Die paradoxe Low-flow-low-gradient-Aortenstenose ist vielfach eine diagnostische Herausforderung, wie *ten Freyhaus* u. *Baldus* in ihrem Beitrag darlegen. Als behandelnder Arzt muss man daher diese spezifische Form der Aortenstenose kennen.

Schließlich werden gut verständlich katheterinterventionelle (*Puls* u. *Schillinger*) und operative Möglichkeiten (*Beyersdorf* u. *Bothe*) für die Behandlung der Mitralinsuffizienz gegenübergestellt. Der Beitrag von *Thielsen* et al. rundet den vorliegenden Themenschwerpunkt ab, indem er einen Ausblick darauf gibt, wohin die Reise bei der interventionellen Behandlung von Herzklappenerkrankungen führen könnte.

Die moderne Behandlung von Herzklappenerkrankungen ist individualisierte Herzmedizin. Jede Indikationsstellung muss von einem Herzteam interdisziplinär getroffen werden. Dieses Team sollte nur dem Auftrag verpflichtet sein, jedem Patienten das Verfahren zu empfehlen, das für ihn aufgrund der vorliegenden Evidenz und der individuellen Erfahrung der behandelnden Ärzte am besten geeignet ist. Das Team muss aber auch erkennen können, bei welchen Patienten kein Eingriff durchgeführt werden sollte, sondern eine konservative (palliative) Behandlung zu wählen ist.

G. Hasenfuß

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. G. Hasenfuß
Herzzentrum, Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität
Robert-Koch-Str. 40,
37075 Göttingen,
Deutschland
hasenfus@med.uni-goettingen.de

Interessenkonflikt. G. Hasenfuß gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Herzbericht. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Deutsche Herzstiftung e. V.; 2015. Frankfurt am Main

Fachnachrichten

Intensivmedizin erhöht Überlebensrate für Ebola-Patienten

Eine Analyse von Erfahrungen mit der Ebola-Therapie in Europa und den USA belegt, dass durch intensivmedizinische Betreuung die Überlebensrate der Patienten sehr deutlich gesteigert werden kann. In der Auswertung von insgesamt 27 Patienten wurden die klinischen Befunde im Verlauf der Erkrankung detailliert dokumentiert, teilt die Uniklinik Frankfurt mit. Neben der hohen Rate an schweren Diarrhöen und Elektrolytstörungen sei auch der große Anteil an schweren Organstörungen auffällig gewesen. 52% der Patienten litten unter Hypoxie aufgrund einer Beeinträchtigung der Lunge und 33% unter Oligo- oder Anurie. 33% der Patienten benötigten eine Beatmungstherapie, 19% Nierenersatzverfahren und 81% eine kalkulierte Antibiotikatherapie. 85% erhielten noch nicht zugelassene Medikamente. Die Auswertung zeige, dass durch intensivmedizinische Maßnahmen unter Isolationsbedingen eine Überlebensrate von 81,5% erreicht werden könne. Nach WHO-Angaben haben beim Ebolaausbruch in den Jahren 2014 und 2015 insgesamt nur rund 60% die Erkrankung überlebt.

Literatur: T.M. Uyeki, A.K. Mehta, R.T. Davey et al (2016) Clinical Management of Ebola Virus Disease in the United States and Europe. N Engl J Med 374:636-646

Hier steht eine Anzeige.

Springer