

- ▶ Die Herzinsuffizienz als die Herausforderung in den nächsten Jahren war zentrales Thema beim Innsbrucker Kardiologie-Kongress 2014. **Gerade ältere Patienten profitieren von den modernen Therapiemöglichkeiten**, weshalb ihnen diese alleine aufgrund des Alters nicht vorenthalten werden sollten.
- ▶ **Disease-Management-Programme** wie HerzMobil Tirol, schonende Eingriffe wie **TAVI und MitraClip-Implantation** tragen den demografischen Entwicklungen und den zunehmenden Komorbiditäten kardiologischer Patienten Rechnung und werden die Kardiologie zukünftig prägen.



Kardiologie Innsbruck 2014

Herzinsuffizienz als zentrale Herausforderung

Die demografische Entwicklung sowie die verbesserte Akutversorgung von Patienten mit Herzerkrankungen bedingen, dass die Herzinsuffizienz und der ältere Patient zur zentralen Herausforderung der Kardiologie werden, weshalb innovative Therapiestrategien und Behandlungskonzepte erforderlich sind. Anfang März diesen Jahres fand der von em. Univ.-Prof. Dr. Otmar Pächinger begründete Innsbrucker Kardiologie-Kongress erstmals unter meiner Leitung statt. Diese traditionsreiche Veranstaltung war auch heuer wieder Anziehungspunkt für über 900 Teilnehmer aus dem deutschsprachigen In- und Ausland. Zentrales Thema war 2014 die „Herzinsuffizienz“ und die Herausforderungen bei der kardiovaskulären Versorgung der älteren Patienten, wobei der Themenbogen von der Ätiologie, wie koronare Herzerkrankung, über pharmakologische und interventionelle Therapieformen bis hin zu innovativen Behandlungsstrategien wie Telemedizin gespannt wurde.

Babyboomer-Generation im kritischen Infarktalter: Die „Babyboomer-Generation“ der 1960er-Jahre kommt gerade jetzt ins kritische Herzinfarktalter. Damit könnte die Zahl jener, die aufgrund eines akuten Myokardinfarktes in Innsbruck behandelt werden müssen, von aktuell bis zu 550 Patienten jährlich auf bis zu 750 ansteigen. Dass die gesündere Lebensweise jüngerer Generationen die steil ansteigende Kurve abflachen wird, bleibt zu hoffen. Dies zeichnet sich derzeit jedoch noch nicht ab. Aufgrund der demografischen Entwicklung und nicht zuletzt der verbesserten Behandlung kardialer Akutereignisse nimmt die Zahl der an Herzinsuffizienz Erkrankten stetig zu. Wie

Univ.-Prof. Dr. B. Pieske aus Graz in der 1. Hauptsitzung betonte, ist es jedoch unabdingbar, zwischen diastolischer und systolischer Herzinsuffizienz zu unterscheiden. Denn während für die Behandlung der diastolischen Herzinsuffizienz bislang keine anerkannten Therapien zur Verfügung stehen, gibt es bei der systolischen Herzinsuffizienz verschiedene Optionen, die nachweislich auch in fortgeschrittenem Alter wirksam und sicher sind. Speziell beim älteren Patienten sind jedoch Kontraindikationen, Interaktionen und Komorbiditäten von besonderer Bedeutung. Wengleich gerade bei ischämischer Kardiomyopathie die Vorteile für eine β -Blocker-Therapie belegt sind, sollte bei fehlender anderweitiger Indikation für β -Blocker bei älteren Patienten mit erhaltener systolischer Linksventrikelfunktion auf andere Substanzklassen zurückgegriffen werden. Auch zeigt beispielsweise eine Subgruppen-Analyse der EMPHASIS-Studie mit Eplerenon einen eindeutigen Benefit im Kollektiv der über 75-Jährigen, weshalb Aldosteronantagonisten zur Therapie der systolischen Herzinsuffizienz in Ergänzung zu ACE-Hemmern und β -Blockern nunmehr bereits bei Patienten im NYHA-Stadium II empfohlen werden. Geachtet werden muss jedoch speziell bei älteren Patienten auf die Gefahr der Hyperkaliämie und eine eventuelle Nierenfunktionsverschlechterung.

Kardiale Gerätetherapie: Auch die moderne Gerätetherapie gewinnt bei Patienten mit Herzinsuffizienz mehr und mehr an Bedeutung. Gerade die Devices zur Resynchronisationstherapie (CRT) oder ICD führen bei gegebener Indikation zu einer Stabilisierung und Besse-

rung des klinischen Zustandsbildes sowie der Prognose. Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz sollten diese Geräte alleine wegen des Alters nicht vorenthalten werden. Gerade bei betagten Patienten ist jedoch eine individuelle und konsensuale Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der Komorbiditäten von Bedeutung: Gerade deswegen und wegen der hohen Kosten durch die Hospitalisierungen von Patienten mit Herzinsuffizienz werden zunehmend Disease-Managing-Programme gefordert. Univ.-Doz. Dr. Pözl stellte im Zuge des Kongresses das „HerzMobil Tirol“ vor. Ziel dieser auf Telemedizin und einer optimierten Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen und Kardiologen/Kardiologinnen basierenden Initiative ist es, den selbständigen Umgang mit der Erkrankung zu schulen, die Hospitalisierungsrate zu reduzieren, damit die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und letztlich aber auch die Kosten zu optimieren.

Herzvitien: Nicht nur in der Herzinsuffizienz, sondern auch bei der Behandlung von Vitien findet die demografische Entwicklung besondere Berücksichtigung. Gerade die Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) hat die Therapie der Aortenklappenstenose bei betagten und hochbetagten Patienten geradezu revolutioniert, wie Univ.-Prof. Dr. H. Baumgartner in seinen Ausführungen betonte. „Nach Auftreten erster schwerer Symptome – etwa die einer Herzinsuffizienz – beträgt das mittlere Überleben nicht mehr als ein Jahr.“ Für viele ältere Patienten kommt jedoch ein chirurgischer Aortenklappenersatz aufgrund von Komorbiditäten nicht in Betracht. Darüber hi-



naus erholen sich die Patienten nach einer TAVI sehr schnell vom Eingriff, was ein wichtiges Argument gerade bei Hochbetagten ist. Der operative Klappenersatz bleibt jedoch Goldstandard bei Patienten < 75 Jahre ohne relevante Komorbiditäten, und selbst wenn die TAVI bei Patienten > 75 eine sehr gute Option ist, bleibt eine Patientengruppe, bei der auch eine TAVI aufgrund der Komorbiditäten und einer Lebenserwartung unter 1 Jahr nicht mehr durchgeführt werden sollte.

In den letzten Jahren hat neben der TAVI auch die katheterbasierte Behandlung von Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz an Bedeutung zugenommen. Dabei wird in Anlehnung an die operative Alfieri-Nahttechnik durch die Implantation eines MitraClips eine Verbindung von posteriorem und anteriorem Mitralsegel hergestellt. Basierend auf einer Subgruppenanalyse der EVEREST II empfiehlt Priv.-Doz. Dr. Bartel aus Innsbruck eine interventionelle Behandlung einer hochgradigen MI für Hochrisikopatienten (EF < 30 %, relevante Komorbiditäten) und symptomatische Patienten mit hochgradiger, sekundärer MI bei Fehlen einer chirurgischen Revaskularisierungsmöglichkeit.

Akuter Herzinfarkt: Neben der Herzinsuffizienz und der neuen katheterbasierten Therapie von Vitien war auch die Versorgung des akuten Herzinfarktes ein zentrales Thema. In Hinblick

auf die demografische Entwicklung ist die vom Präsidenten der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft, Univ.-Prof. Dr. F. Weidinger, hervorgehobene Beobachtung, dass gerade der ältere Patient mit akutem Koronarsyndrom von einer frühinvasiven Abklärung mittels Koronarangiografie profitiert, von besonderer Bedeutung (10,9 % vs. 1 % absolute Risikoreduktion für Mortalität nach 30 Tagen). Um einen solchen Benefit zu erreichen, muss die Entscheidung zum invasiven Vorgehen aufgrund höherer Komplikationsraten jedoch auch das „biologische Alter“ und die Komorbiditäten (v. a. Nierenfunktion) berücksichtigen.

Gerade beim ST-Hebungsinfarkt ist aber auch die rasche und vollständige Reperfusion entscheidend. Die ESC gibt ein Intervall von höchstens 90 Min. vom ersten medizinischen Kontakt bis zur PCI vor, steckt das Zeitfenster für Hochrisikopatienten und Patienten, die sich innerhalb der ersten Stunde nach Schmerzbeginn präsentieren, mit 60 Min. aber enger als die Kollegen aus Übersee. Wie Dr. J. Dörler in der 5. Hauptsitzung erläuterte, ist diese ambitionierte Vorgabe bei früher Präsentation nicht ausreichend evidenzbasiert, weswegen sie nicht so sehr als Entscheidungslimit, sondern vielmehr als Richtungsweiser anzusehen sei. Nicht nur der Zeitfaktor, sondern auch die Koronarmorpho-

logie stellt im Akutfall oft eine Herausforderung dar. Wenn irgendwie möglich, sollte in jedem Fall die schuldige Läsion wieder eröffnet werden, betonte Prof. Dr. G. Friedrich. Allerdings sollte sich auch bei Mehrgefäßerkrankungen die initiale Versorgung entsprechend der Datenlage zunächst auf die „culprit lesion“ beschränken, denn nur bei kardiogenem Schock wird derzeit eine Ad-hoc-Mehrgefäßintervention empfohlen. Das optimale Timing für eine „staged procedure“ ist Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion. Generell sollen die verbleibenden Stenosen nach PCI umso rascher angegangen werden, je kritischer die Stenose und je größer das potenziell bedrohte Myokardareal ist. Ein Rehabilitationsaufenthalt zwischen Erst- und Zweiteingriff wird von Prof. Friedrich, der auch die Bedeutung einer klaren Kommunikation der Koronarmorphologie und etwaiger verbliebener Stenosen gegenüber dem weiterbehandelnden Arzt betont, nicht empfohlen.

Rehabilitation bzw. Regeneration auf Zellniveau wurden von Priv.-Doz. Dr. M. Zaruba und mir vorgestellt. Wir sehen Zelltransplantation hauptsächlich bei herzinsuffizienten Patienten nach akutem Myokardinfarkt oder bei chronischer Herzinsuffizienz (EF < 40 %) ohne weitere Therapieoption als mögliche Therapie. ■