



Katholisches Klinikum Bochum



Neuigkeiten aus der Kardiologie **UK RUB** UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM Informationen für Fach- und Hausärzte | Ausgabe 03/2018



Verehrte Kolleginnen und Kollegen,

dieser Kurzbrief erscheint quartalsweise und möchte Sie über Fortbildungen und Neuigkeiten aus unserer Klinik informieren. Gerne greifen wir Ihre Fragen, Anregungen, aber auch Kritik auf.

Herzliche Grüße
Ihr

Prof. Dr. med. Andreas Mügge

Fortbildungen

What's up in der Kardiologie

Strätlingshof, Altenbochumer Straße 64, jeweils 18.00 – 19.30 Uhr

12.09.2018 Fahreignung kardiologischer Patienten – Grundlagen für die richtige Empfehlung
L. Löhr

07.11.2018 Up date TAVI – Indikationsausweitung, Device-Vielfalt
Dr. P. Patsalis

Kardiologie vor Ort

Für Hausärzte, Internisten und Kardiologen

Hörsaal I, Bergmannsheil Bochum

28.09.2018 (18.00-21:15 Uhr) und 29.09.2018 (9.00-14.30 Uhr)

Prävention & Bildgebung/Koronare Herzkrankheit/

Herzrhythmusstörungen/Herzinsuffizienz/Herzklappenvitien

EMAH-Symposium: Therapie und Verlauf angeborener Herzfehler - Trikuspidalatresie

(Neuer) Seminarraum Kardiologie Bergmannsheil Bochum, Haus 6, Etage 3

15.10.2018 (19.00-20:45 Uhr)

Prof. E. Trowitzsch/Prof. B. Asfour

Anmeldung über Novartis: Dr. U. Eigendorf (Tel. 0172-6544238)

Focus: Gerinnungshemmer nach vaskulären Interventionen

Nach vaskulären Interventionen gehört die duale Plättchenhemmtherapie heutzutage zum etablierten Therapiestandard. Die Empfehlungen zu Wirkstoffen und vor allem Therapiedauer variieren jedoch derzeit erheblich. Nach Koronarintervention existieren positive Studien sowohl für eine verlängerte Therapiedauer von 24-36 Monaten (Reduktion ischämischer Ereignisse) als auch für eine verkürzte Therapiedauer von 3-6 Monaten (Reduktion von Blutungsereignissen). Nach neurovaskulären oder peripheren Gefäßinterventionen ist Datenlage diesbezüglich deutlich geringer, einheitliche Leitlinienempfehlungen fehlen. Problematisch wird dieser Umstand vor allem dann,

wenn eine bestehende Therapie aufgrund einer geplanten Operation oder einer stattgehabten Blutungskomplikation pausiert werden soll. Für eine genaue Risikoabschätzung wären Angaben zum Zeitpunkt der Intervention, zur Indikation und auch prozedurale Details (etwa Anzahl und Art der verwendeten Stents) erforderlich. Diese Detailinformationen liegen jedoch oftmals nicht vor oder sind nur mit erheblichem Aufwand zu bekommen. Muss die Entscheidung zur Therapieunterbrechung jedoch schnell gefällt werden (etwa bei einer dringenden Operation), können folgende anamnestische Angaben zumindest diejenigen Patienten identifizieren, bei denen eine Therapieunterbrechung mit einem hohen Risiko für ischämische Ereignisse einhergeht und daher nur bei vitalem Grund erfolgen sollte:

- Koronar-/Carotis-/peripherer Stent in den letzten 3 Monaten
- Myokardinfarkt in den letzten 3 Monaten

Zu Guter Letzt...

Kein EKG/Belastungs-EKG zum Screening bei symptomlosen Patienten mit niedrigem Herzhisiko - Empfehlung der US Preventive Services Task Force

Die amerikanische Behörde USPSTF spricht sich in ihren Empfehlungen vom 12. Juni 2018 (1) gegen ein routinemäßiges Ruhe- und Belastungs-EKG bei symptomlosen Erwachsenen mit einem niedrigen Herz-Kreislauf-Risiko aus, wobei ein Risiko als niedrig klassifiziert wird, wenn die Wahrscheinlichkeit für ein kardiovaskuläres Ereignis unter 10% in 10 Jahren beträgt. Die Nachteile („harms“) eines Ruhe-/Belastungs-EKGs (durch falsch-positive Befunde getriggerte invasive Testungen) in dieser Situation übersteigen die Vorteile. Symptomlose Patienten mit einem mittleren oder hohem kardiovaskulären Risiko benötigen ebenfalls kein Routine Ruhe-/Belastungs-EKG, da die Entscheidung zu einer Primärprävention auch unabhängig von diesen Untersuchungen getätigt werden kann. Das kardiovaskuläre Risiko ist durch den Framingham Risk Score oder durch Pooled Cohort Equations erfassbar. Für Deutschland und Europa existieren der PROCAM Score und der Score der European Society for Cardiology.

Kommentar: Falsch positive Belastungs-EKG Befunde werden in ca. 18% beobachtet werden, ähnlich häufig bei Männer und Frauen (2). Meine „Kritik“ an diesen Empfehlungen ist, dass nicht zwischen einem Routine Ruhe-EKG und einem Belastungs-EKG unterschieden wird, obwohl falsch-positive Belastungs-EKG Befunde sicherlich am häufigsten zu den „harms“ einer Screening Diagnostik beitragen. Dennoch, die Empfehlungen sind lesenswert, legen sie doch den Finger auf den wunden Punkt einer überflüssigen Routine-Diagnostik bei beschwerdefreien Patienten.

(1) US Preventive Services Task Force: Screening for cardiovascular disease risk with electrocardiography. JAMA 2018; 319:2308-14

(2) Fitzgerald BT et al.: Heart Lung Circ 2018; March 7

Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme!