„Ventrikuläre Dysfunktion und der Blick auf den kleinen Kreislauf“

Samstag, 24. September 2016
Loisium, Langenlois

Faculty

Prim. Univ.-Prof. Dr. Herbert Frank
Universitätsklinik für Innere Medizin
Universitätsklinikum Tulln

OA Dr. Susanne Holak
Universitätsklinik für Innere Medizin
Universitätsklinikum Tulln

Univ.-Prof. Dr. Martin Hülsmann
Universitätsklinik für Innere Medizin II
AKH Wien

Dr. Cesar Khazen
Universitätsklinik für Herzchirurgie
AKH Wien

o. Univ.-Prof. Dr. Irene Lang
Universitätsklinik für Innere Medizin II
AKH Wien

Assoc. Prof. PD Dr. Daniel Zimpfer
Universitätsklinik für Herzchirurgie
AKH Wien

Programm

Vorsitz: H. Frank, D. Zimpfer

09:00 - 09:25 H. Frank, Tulln
Ursachen und Diagnostik der Herzinsuffizienz

09:35 - 10:00 S. Holak, Tulln
Die dekompensierte Linksherzinsuffizienz: Neue Therapie-Guidelines

10:10 - 10:35 M. Hülsmann, Wien
Der komplexe Patienten: weiterführende Herz- und Niereninsuffizienz-Therapie

Pause

11:00 - 11:25 I. Lang, Wien
Der rechte Ventrikel und sein Kreislauf: Ausmaß der PAH oft unterschätzt?

11:35 - 12:00 C. Khazen, Wien
Resynkronisationstherapie bei LV Dysfunktion: Was sagen uns die Daten?

12:10 - 12:35 D. Zimpfer, Wien
Assist devices bei end-stage Herzinsuffizienz

Ursachen und Diagnostik der Herzinsuffizienz

H. Frank, Tulln

Die Herzinsuffizienz bildet das Endstadium vieler Herzerkrankungen. Sie ist definiert als eine Einschränkung der kardialen Funktion, die durch typische klinische Symptome wie Dyspnoe in Ruhe und bei Belastung, geringe körperliche Leistungsfähigkeit und Flüssigkeitsretention gekennzeichnet ist.

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten internistischen Erkrankungen mit geschätzt mehr als 10 Mio. Betroffenen in Europa. Viele Patienten mit einer eingeschränkten systolischen und/oder diastolischen ventrikulären Funktion sind noch lange Zeit frei von den oben genannten Symptomen und sind somit klinisch nicht oder nur wenig auffallen. Asymptomatische ventrikuläre Dysfunktionen gelten als Vorstufe in der Entwicklung einer chronischen Herzinsuffizienz mit rekurrierenden und persistierenden Symptomen.

Für die Diagnose der Herzinsuffizienz sind folgende Parameter wichtig:

1.) Genaue Anamnese der Vorerkrankungen und Bestimmung des NYHA Stadiums und gegebenfalls einer thorakalen Beschwerdesymptomatik im Sinne einer Angina pectoris.

2.) Status: Lungen Auskultation bei Linksherz-Dekompensation. Hinweis auf Beinödeme, gestaute Halsvenen, Ascites, vergrößerte Leber bei Rechtsherz-Dekompensation.

3.) Labor: Pro BNP. Cave: Auch erhöht bei Niereninsuffizienz!

4.) Bildgebende Verfahren wie Thorax Röntgen und Echokardiographie. Letztere ist notwendig, um insbesondere zu differenzieren, ob eine systolische und/oder eine diastolische ventrikuläre Funktionsstörung bzw, eine globale oder regionale Dysfunktion vorliegt. Linksventrikuläre Dysfunktionen aufgrund einer ischämischen Kardiomyopathie zeigen regionale Wandbewegungsstörungen mit hypo- bis akinetischem Muster, bei dilatativer Kardiomyopathie zeigt sich eher eine globale Funktionsstörung mit diffuser Wandbewegungsstörung. Die arterielle Hypertonie kann in der hypertensiven Krise eine systolische Funktionsstörung, in der chronischen Form mit Ausbildung einer Linksventrikelhypertrophie und diastolischer Dysfunktion eine diastolische Funktionsstörung aufweisen. Myokardiale Erkrankungen, wie akute oder chronische Myokarditis oder Amyloidose führen ebenso zur LV Herzinsuffizienz und können mittels MRT genau diagnostiziert werden. Rhythmusstörungen sowie Klappenerkrankungen seien als weitere Ursachen hier auch erwähnt.

Die Dyspnoe ist das führende Symptom der Herzinsuffizienz. Sowohl bei Patienten mit reduzierter linksventrikulärer Auswurffraktion (HF-rEF - heart failure with reduced ejection fraction), als auch bei Patienten mit einer erhaltenen Auswurffraktion (HF-pEF - heart failure with preserved ejection fraction). Hauptursache der Herzinsuffizienzsymptomatik (Dyspnoe) ist bei den HF-pEF Patienten die diastolische Dysfunktion, die Füllungsstörung des linken Ventrikels. Das linksatriale Volumen spiegelt die kumulativen Effekte erhöhter Füllungsdrücke wider. Ein linksatrialer Volumenindex > 34 ml/m ist ein unabhängiger Risikofaktor für Tod, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und ischämischen Schlaganfall. Symptomatische Patienten mit diastolischer Dysfunktion und erhöhten Füllungsdrücken haben in der Regel auch einen pulmonalarterielle Hypertonie. Insgesamt ist es jedoch wichtig, sich der Ursache der Herzinsuffizienz im Klaren zu sein (siehe Tabelle 1) und das Therapieziel einer Verbesserung der Ventrikelfunktion (systolisch, aber auch diastolisch) vor Augen zu haben.

Tabelle 1. Wichtige Ursachen der Herzinsuffizienz.

Koronare Herzkrankheit	• Myokardinfarkt
	• Ischämie
Arterielle Hypertonie	
Kardiomyopathie	• Dilatativ (familiär, infektiös, toxisch, nutritiv, endokrin, Schwangerschaft, Kollagenerkrankungen, neuromuskulär, idiopathisch)
	• Hypertroph / obstruktiv
	• Restriktiv (z. B. Amyloidose, Sarkoidose, Hämochromatose)
	• Obliterativ
Valvuläre und kongenitale Herzkrankheit	• Mitralklappenerkrankungen
	• Aortenklappenerkrankungen
	• Vorhofseptumdefekt, Ventrikelseptumdefekt
Rhythmusstörungen	• Tachykard
	• Bradykard
	• Vorhofflimmern / -flattern
Drogen, Medikamente	• Alkohol
	• Kokain
	• Kardiotoxische Medikamente (z. B. Adriamycin, Doxorubicin, Zidovudine)
	• Kardiodepressorische Medikamente (z. B. Betablocker, Kalziumantagonisten)
«high-output» Herzinsuffizienz	• Anämie
	• Thyreotoxikose
	• Arteriovenöse Fisteln
	• Paget Erkrankung
Perikarderkrankungen	• Perikarditis konstriktiva
	• Perikarderguss
Primäre Rechtsherzinsuffizienz	• Pulmonale Hypertonie
	• Trikuspidalklappeninsuffizienz

Die dekompensierte Linksherzinsuffizienz: Neue Therapie-Guidelines

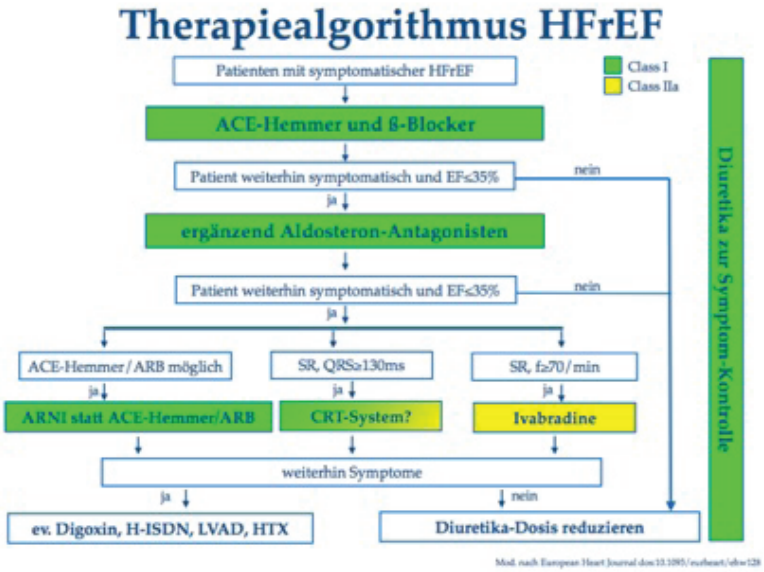
S. Holak, Tulln

Als Linksherzinsuffizienz bezeichnet man das Unvermögen des Herzmuskels, die Peripherie mit ausreichend Blut zu versorgen. In der westlichen Welt sind etwa 2-3% der erwachsenen Bevölkerung von einer Herzinsuffizienz betroffen. Ab dem 70. Lebensjahr steigt die Prävalenz auf mehr als 10% an.

Die Therapie der Herzinsuffizienz hat zum Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, aber auch die Re-Hospitalisierungsrate und somit die Mortalität zu reduzieren.

Pharmakologisch stehen uns die mittlerweile altbewährten Medikamentengruppen (RAAS-Blocker, ß-Blocker) als First-Line-Medikamente zur Verfügung. Bei anhaltenden Beschwerden sollten Mineralkortikoid-Rezeptor-Antagonisten „MRA" (Aldactone, Epleneron) erwogen werden.

Im Zuge des letztjährigen ESC in Barcelona wurde erstmalig eine neue Substanzgruppe vorgestellt, die in einer vielbeachteten Studie (PARDIGM HF) eine nochmalige signifikante Reduktion von Mortalität und Re-Hospitalisierung, bei Patienten mit bereits optimierter Herzinsuffizienz-Therapie erzielen konnte. Aufgrund dieser Studienergebnisse wurde LCZ-696 (Entresto) im Mai 2016 in die Herzinsuffizienz-Guidelines der ESC aufgenommen.



Verschreibungkriterien-Entresto:

- Patienten mit einer EF<35% und symptomatischer Herzinsuffizienz, trotz optimaler medikamentöser Therapie mit ACE-Hemmer bzw. ARB, ß-Blocker und Mineralkortikoid-Antagonist
- NYHA II-IV
- RRsys > 100mmHg
- eGFR > 15ml/min/1,73m2
- s-Kalium < 5,2mmol/l

Der komplexe Patienten: weiterführende Herz- und Niereninsuffizienz-Therapie

M. Hülsmann, Wien

Die häufigste Symptomatik von Patienten mit Herzinsuffizienz besteht in Atemnot/ Leistungsschwäche. Die Behandlung Dieser führt zu einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität, was vor Allem beim betagten Patienten oft das wichtigste Therapieziel darstellt. Die differentialdiagnostische Abklärung ihrer Ursachen ist entscheidend für die Planung der weiteren Behandlung. Im Rahmen dieses Vortrages möchte ich durch verschiedenste Ursachen und deren Behandlungskonzepte durchführen. Die derzeit wichtigsten Komponenten stellen der Eisenmangel, die HI-spezifische Muskelatrophie, die COPD, die Schlafapnoe und die pulmonale Hypertension mit konsekutivem Rückwärtsversagen dar. Mit Ausnahme der Schlafapnoe sind mittels Eisensubstitution, Training, lungendrucksenkenden Substanzen, der Peritonealdialyse und der Herztransplantation Werkzeuge an die Hand gegeben, welche in unterschiedlichen Behandlungsebenen eingesetzt werden können.

Die Eisensubstitution sollte bei jedem symptomatischen Patienten in Erwägung gezogen werden. Letztendlich reicht die Bestimmung des Ferritinspiegels, wobei ein Wert unter 100ng/ml indikativ ist.

Regelmäßige Bewegung verbessert die Lebensqualität, wenn auch ein Überlebensvorteil nicht gezeigt werden konnte. Professionelle Traningseinheiten sollten über größere Zeiträume geplant sein, da die Rate an Abbrechern leider sehr hoch ist. Primär ist hier auch eine Motivationstraining anzudenken, da Bewegung in unserer westlichen Gesellschaft eine oft unbekannte Lebensweise darstellt.

Die Peritonealdialyse stellt ein Konzept dar, welches an einem Zentrum durchgeführt werden sollte. Entscheidend ist hier nicht das bereits stattgehabte Nierenversagen, sondern ein progredientes Rückwärtsversagen in der Kette pulmonale Hypertension, rechtsventrikuläre Dysfunktion, Anstieg der venösen Drücke, funktioneller Hepatopathie, Aszites, Nierenversagen. D.h. an vielen Stadien kann hier angegriffen werden um 1. Das Nierenversagen zu verhindern 2. Die Leistungsfähigkeit zu verbessern und 3. Die Spitalsaufnahmen zu reduzieren.

Die Herztransplantation stellt die Ultima Ratio bei ausgewählten Patienten dar. Eine exakte Patientenselektion ist Voraussetzung für einen langfristigen Transplanterfolg . Dies heißt, dass von einem erfahrenen Herzteam bestehend aus HI-Spezialisten und Transplantchirurgen (unter Zuziehung von z.B.Nephrologen, Hepatologen,Psychologen) eine individuelle Entscheidung getroffen werden kann. Natürlich ist auch dieses Konzept an ein Zentrum gebunden.

Der rechte Ventrikel und sein Kreislauf: Ausmaß der PAH oft unterschätzt?

I. Lang, Wien

bei Drucklegung nicht eingelangt

Resynkronisationstherapie bei LV Dysfunktion: Was sagen uns die Daten?

C. Khazen, Wien

bei Drucklegung nicht eingelangt

Assist devices bei end-stage Herzinsuffizienz

D. Zimpfer, Wien

bei Drucklegung nicht eingelangt

Sponsoren

Actelion, Astra Zeneca, Kwizda, MSD, Novartis, Vifor, Servier, St.Jude

Druck: facultas