

Häufige Herz-Kreislauf-Probleme Wann soll ein Spezialist zugezogen werden?

Wann ist bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Hausarzt zuständig und wann die Kardiologin? Zu diesem Thema referierten Prof.

Ferenc Follath aus Zürich und Dr. med. Hartmut Seifert aus Meilen.

Die Referenten teilten ihren Vortrag in vier Abschnitte ein, in denen folgende Themen besprochen wurden: Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, kardiale Geräusche (Auskultation) und Arrhythmien.

Eva Ebnöther



Ferenc Follath

Herzinsuffizienz: Betablocker auf dem Vormarsch

Zunächst präsentierte Prof. Follath Daten zur Situation von Herzinsuffizienz-Patienten in der Schweiz. Die Studie wurde unter der Mitwirkung von 82 Ärzten aus zehn Regionen durchgeführt. Insgesamt nahmen 659 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 75,2 Jahren an der Untersuchung teil. 80% der Teilnehmer wurden vorwiegend durch ihre Hausärzte und Hausärztinnen betreut. 49% befanden sich im NYHA-Stadium II, 37% im Stadium III und 13% im Stadium IV. Patienten mit einer Herzinsuffizienz konsultieren durchschnittlich 14mal pro Jahr einen Arzt und werden 0,7mal pro Jahr hospitalisiert.

Die Ziele einer Herzinsuffizienz-Therapie sind in erster Linie die Symptomlinderung und das Verhindern einer Progression. Die Erhöhung der Lebenserwartung steht nur bei Patienten unter 65 Jahren im Vordergrund. In der Schweiz erhalten 75% aller Herzinsuffizienz-Patienten ACE-Hemmer; mit dieser Versorgung steht die Schweiz an der Spitze aller europäischen Länder. 80% der Patienten bekommen auch Diuretika, etwa 25% Digitalis.

Bei den Betablockern hängt die Verschreibungshäufigkeit vom Alter der Patienten ab: 50% aller jüngeren Herzinsuffizienz-Patienten erhalten Betablocker, bei den älteren sind es nur noch 20%. Das sind eindeutig zu wenig, sagte Follath. Er betonte, dass Betablocker einen additiven Effekt zu

den ACE-Hemmern ausüben. Wenn man die Prognose eines Herzinsuffizienz-Patienten verbessern will, sollte man deshalb Betablocker verschreiben. Man beginnt mit einer Anfangsdosis von 5–10 mg und steigert diese langsam. Im Gegensatz zu den anderen Medikamenten werden Betablocker bis jetzt selten von den Hausärzten verschrieben, sondern eher von den Kardiologen.

Fortschritt in der Diagnostik: natriuretische Peptide

Die Diagnose einer Herzinsuffizienz kann mittels klinischer Untersuchung, EKG und Thorax-Aufnahme sehr gut gestellt werden. Fallen alle diese Untersuchungen normal aus, so kann eine Herzinsuffizienz in fast 100% der Fälle ausgeschlossen werden. Zur Feststellung von Ursache und Schweregrad einer Herzinsuffizienz ist allerdings immer ein Echokardiogramm notwendig. In Zukunft wird die Bestimmung der natriuretischen Peptide (BNP) die Diagnose einer kardialen Dysfunktion sehr erleichtern, z.B. bei Patienten mit einer unklaren Dyspnoe. Ein normaler BNP-Wert schliesst eine Herzinsuffizienz zu über 90% aus, ein pathologischer BNP-Wert hat eine Spezifität von 70%. Was soll man konkret bei pathologischen BNP-Werten veranlassen? Ferenc Follath empfahl ein Herzecho – wenn dieses normal ausfällt, ist eine Herzinsuffizienz höchst unwahrscheinlich.

Wann sollte ein Herzinsuffizienz-Patient an den Spezialisten überwiesen werden? Auch dazu gab Follath klare Antworten:

- bei neu aufgetretener Herzinsuffizienz zur Abklärung durch ein Herzecho;
- bei einer Verschlechterung der Symptome;
- bei fehlender Verbesserung trotz einer Therapie mit ACE-Hemmern, Diuretika und wenn möglich Betablockern.

Koronare Herzkrankheit (KHK): Hospitalisation bei instabiler Angina pectoris

Bei der Abklärung einer KHK ist die Anamnese nach wie vor sehr wichtig. Auch so genannte «stille Ischämien» verlaufen oft nicht «still», sondern nur schmerzlos; in der Anamnese geben die Patienten gehäuft Anstrengungsdyspnoe an. Bei diesen Patienten sind

Tabelle 1. KHK – Wann sollte man einen Patienten dem Spezialisten zuweisen?

Neu aufgetretene typische Angina pectoris: Ausmass der Myokardischämie mittels Stress-Echo oder Myokardszintigrafie, evtl. initiale Koronarangiografie.
Rasche Verschlechterung einer chronischen Angina pectoris oder neu auftretende Ruheschmerzen (instabile Angina pectoris): Hospitalisation zur Abklärung und Behandlung.
Erneute Symptome nach interventioneller Therapie: Ausschluss einer Restenose.
Besondere Probleme bei Patienten mit Diabetes mellitus: Diskrepanz zwischen Symptomen und Schweregrad der Koronarveränderungen, häufigere Restenosen nach PTCA.

oft auch die BNP-Werte erhöht, selbst wenn das Ruhe-EKG und das Thoraxbild normal ausfallen. Die initiale Untersuchung bei verdächtigen Symptomen besteht in einem Anstrengungs-EKG (auf ST-Senkung achten). Eine Echokardiografie ist nötig, wenn der Schweregrad einer KHK abgeklärt werden muss (Tab. 1).

Die Therapie einer KHK hängt vom Schweregrad der Symptome ab. Im Vordergrund der Behandlung stehen Betablocker, Kalzium-Antagonisten und Nitrate. Bei einer instabilen Angina pectoris gibt man dem Patienten Betablocker, Aspirin und Nitrate und weist ihn notfallmässig ins Spital ein. Die Hospitalisation ist notwendig, weil sie die Prognose bei Patienten mit ST-Strecken-Veränderungen und einer Troponin-Erhöhung entscheidend verbessert. Im Spital sollte innerhalb von 72 Stunden (also nicht unbedingt notfallmässig) eine Koronarangiografie durchgeführt werden.

Auskultation – auch heute noch wichtig

An den Beginn des dritten Programmteils stellte Hartmut Seifert eine «Soundprobe» aus dem so genannten «Pöpperlikurs», den während des Studiums wohl alle Anwesenden absolviert hatten. Entsprechend löste die salbungsvolle Tonbandstimme im Publikum grosse Heiterkeit und wohl auch manche Erinnerung aus. Darauf folgte die grundsätzliche Frage, ob das Stethoskop heute überhaupt noch eine Wertigkeit besitzt oder ob es Ärzten und Ärztinnen hauptsächlich noch als Statussymbol dient. Ferenc Follath meinte dazu, das Stethoskop sei nach wie vor ein

wichtiges Arbeitsinstrument. Die diagnostische Genauigkeit der Auskultation ist sehr hoch, wie Untersuchungen bewiesen haben, allerdings kann der Schweregrad einer Störung mit der Auskultation kaum eingeschätzt werden.

Systolische Herzgeräusche kommen bei älteren Patienten sehr häufig vor. Der Grund besteht darin, dass im Alter oft eine Aortensklerose entsteht (in Autopsien bei 70% aller über 70jährigen), die zu einer Aortenstenose fortschreiten kann. Allerdings kann man fast unmöglich voraussagen, welche Patienten von einer solchen Progression betroffen sein werden. Deshalb sollte bei Patienten mit einem systolischen Geräusch ein Herzecho durchgeführt werden, das nach einem Jahr wiederholt wird, um eine mögliche Progression festzustellen. In der Zwischenzeit sollte man als Hausarzt vor allem auf eine allfällige Dyspnoe beim Patienten achten. Eine Zuweisung zum Spezialisten für eine Echokardiografie ist auch dann angebracht, wenn bei Patienten mit Herzgeräuschen Fieber oder andere Entzündungszeichen auftreten (Ausschluss einer Endokarditis).

Vorhofflimmern – wann Konversion?

Das Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste Arrhythmie überhaupt. Ein chronisches Vorhofflimmern kann durch Hausärzte adäquat behandelt werden, und zwar mit Antikoagulation und Frequenzkontrolle mittels Betablockern, Verapamil und/oder Digoxin. In folgenden Situationen sollte versucht werden, ein Vorhofflimmern zu konvertieren:

- Vorhofflimmern <12 Monate;
- rasche Herzfrequenz trotz Antiarrhythmika;
- persistierendes Vorhofflimmern trotz Beseitigung der Ursache (z.B. Hyperthyreose);
- thromboembolische Komplikationen.

Ferenc Follath meinte aber, wichtiger als dauernde Konversionsversuche – die nur in 50% der Fälle gelingen – sei es, den Sinusrhythmus aufrechtzuerhalten.