

«Erst was ich weiss, das macht mich heiss»

Calcium loaded – troubled heart – Syndrome = CLTHS

Edy Riesen

Mitglied der Redaktion, Hausarzt in Ziefen BL

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lachen Sie nicht über mich – diesmal bitte nicht – denn Sie werden es in spätestens 10 oder 20 Jahren erleben, wie Sie überschwemmt werden von neuen Medikamentennamen und Abkürzungen klinischer Syndrome (CPAA? GRID? FEIBA? OPCA? REAL?), und plötzlich kommen Berichte zu Ihnen mit Resultaten von neuen diagnostischen Methoden, von denen Sie während Ihrer Ausbildung nie gehört haben und für deren Kenntnisse auch die Fortbildungen nicht immer ausreichen. Da habe ich soeben ein besorgtes Mail bekommen von einem meiner Lebensfreunde, ein pensionierter Hausarzt, ein sehr belesener, gebildeter Mensch. Die Kardiologen haben ihm ein CT des Herzens empfohlen und dabei ein gutes Myokard, keine Stenosen, aber einen «*Calcium load*» der Koronarien vorgefunden, was seine Prognose trübt und was ihm anfänglich wie ein Todesurteil mit einem Aufschub von ein bis zwei Jahren erschien. Man kann es jetzt damit abtun, dass die Nachricht vom beratenden Arzt unglücklich überbracht wurde. Aber bitte, das ist eben gerade das Problem, dass die neuen Methoden der Fähigkeit der Ärzte, deren Resultate mit Gelassenheit, Übersicht und der nötigen Relativierung mitzuteilen, oft weit vorseilen. Mein Freund und ich wer-

den uns bald treffen um unsere «verbleibende Lebenszeit» zu reflektieren.

Duplizität der Fälle

Ein paar Tage später kommt ein 65-jähriger gesunder Mann mit dem Resultat eines CT des Herzens in die Sprechstunde. Ganz abgesehen davon, dass auch er sein Kalzium in den Koronarien mit sich herumschleppt, hat man einen ektatischen Aortenabgang gefunden und um das Mass vollzumachen einen «nicht sehr verdächtigen Rundherd» in der Lunge entdeckt (Nichtraucher!). Der Mann ist gesund und leitet mit Herzblut ein Non Profit-Unternehmen. Er ist ein glücklicher Mensch und wollte nie etwas von diesen Befunden wissen. Er hatte ein kleines Risiko für eine koronare Herzkrankheit, und angeblich ist das CT des Herzens gut zum Ausschluss einer solchen, vorausgesetzt, die Vortestwahrscheinlichkeit ist gering. Zum Glück loggte ich mich am frühen Morgen vor der Sprechstunde bei Konsiliarus Dr. Mac Google ein und habe dabei eine gute deutsche Site gefunden, so dass ich mich mit dem Patienten einigermassen informiert austauschen konnte.



Zukünftig warten viele schlaflose Nächte ...

Die Kardiologen haben es gut gemeint, kein Zweifel, und es wäre jetzt einfach, über sie herzuziehen. Zudem habe ich selbst ihn überwiesen, weil mir seine Geschichte nicht ganz geheuer war. Nun sitzt er also da mit durchgängigen Koronarien, einer etwas ausgetretenen Aorta, einem kleinen Lungenherd – und einer

heilen Seele. Er hat die Grösse und Gemütsverfassung, die Situation intuitiv einzuordnen. Ich bin ihm unendlich dankbar und wir rätseln darüber, wie viele gesunde Männer in seinem Alter Kalk in ihren Herzkranzgefässen haben und wie viel Unruhe diese neue Untersuchung in den nächsten Jahren hervorrufen wird; wie viele schlaflose Nächte, Kummer und Angst sie bereiten könnte. Ist es wirklich so, dass die Risikoberechnung aufgrund des Kalziumgehalts des Herzens

Kommentar von Florian Suter, Basel; ehemaliger Hausarzt in Bubendorf/BL

Wieviel (und welche) Diagnostik? ... Hautnah erlebt

Als Ergänzung zum wichtigen Beitrag von Edy Riesen, der seine Unverwechselbarkeit nicht zuletzt dadurch erhält, dass der Autor die Dinge wie gewohnt mit Herzblut und innerer Beteiligung auf den Punkt bringt, möchte ich als einer der beiden geschilderten Fälle von meinen eigenen Erfahrungen mit den genannten Untersuchungsmethoden und dem Umgang mit den erhaltenen Resultaten berichten – keinesfalls, weil ich mich für besonders wichtig halte, sondern weil ich den vorliegenden Fall immer aus zwei Perspektiven erlebte: Als langjährig praktizierender Hausarzt und gleichzeitig als betroffener Patient.

Seit 15 Jahren ist bei mir ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt, der aber glücklicherweise (ausser einem Antihypertensivum und einem Statin) keiner medikamentösen Behandlung bedurfte und durch Lifestyle-Massnahmen (Gewichtsnormalisierung, qualitative Nahrungsanpassung, regelmässige Bewegung [Jogging]) kontrollierbar war. In den letzten drei bis vier Jahren bemerkte ich eine leichte Anstrengungsdyspnoe, was schliesslich auf Empfehlung der Hausärztin zu einer kardiologischen Beurteilung führte – letztere auch deshalb, weil meine Familienanamnese (Eltern) bezüglich koronarer Herzkrankheit und peripher arterieller Verschlusskrankheit positiv ist. In einem ersten Schritt führte der Kardiologe ein Stressecho durch, das unauffällig ausfiel. Bei Persistenz der leichten Anstrengungsdyspnoe empfahl mir der Kardiologe angesichts der Risikokonstellation (langjähriger Diabetes mellitus, Alter [64 J.] und positive Familienanamnese) eine weitergehende Untersuchung zum Ausschluss oder Nachweis einer behandlungsbedürftigen KHK (mit Leitsymptom Anstrengungsdyspnoe); nach Rücksprache mit dem zuständigen Spezialisten am Universitätsspital wurde ich für ein PET/CT des Herzens angemeldet. Dabei handelt es sich um die Kombination eines funktionellen Ischämietests (myokardiale Perfusionsdarstellung mittels Rubidium-Szintigraphie, in Ruhe und nach Infusion von Adenosin) mit der Bestimmung des *Coronary Artery Calcium Score* (CACS) mittels CT als Ausdruck der koronaren Arteriosklerose. In meinem Fall fand sich erfreulicherweise im funktionellen Ischämietest keine Einschränkung der myokardialen Perfusion, der CACS ergab jedoch leider einen sehr hohen *Calcium load* meiner Koronarien. Die Anstrengungsdyspnoe als Leitsymptom zu Beginn der Abklärungen konnte als eindeutig nicht-kardial-bedingt angesprochen werden (am ehesten dürfte ein leichtes Anstrengungsasthma vorliegen).

«Da steh' ich nun, ich armer Tor, und bin so klug als wie zuvor.»
[1] – Jedenfalls fast ... Doch was nun? Ich habe meine Statintherapie (erfolgreich) optimiert und nehme 100 mg ASA ein (obwohl für beide Massnahmen keine Evidenz für einen Nutzen unter den vorliegenden Umständen besteht). Ich gehe mindestens

dreimal wöchentlich joggen, beschwerdefrei *nota bene*. Bisweilen gibt es Momente, in denen ich mich frage, weshalb ich der Untersuchung zustimmte (bzw. weshalb sie mir empfohlen wurde): Die Vortestwahrscheinlichkeit für ein pathologisches Resultat (s.o.) war bei mir ohnehin hoch, und bei allem, was ich seither verändert habe, gibt es in meinem Fall entweder keine Evidenz, oder ich habe es vorher schon gemacht (Lifestyle-Massnahmen). Studiere ich die wissenschaftlichen Arbeiten zur Bestimmung des CACS, lese ich denn auch immer wieder, der Test sei für Individuen mit hohem Vortestrisiko weniger geeignet. Eine etwas ernüchternde Aussage meines Praxis-Kardiologen ist, dass die bei mir angewandte Methode des funktionellen Ischämietests (die ich nach wie vor und gerade in meiner Situation für sinnvoll halte) nicht ohne Bestimmung des CACS durchgeführt werde (er hätte gerne auf den CACS verzichtet). Kommt hinzu, dass ich mit dem absoluten Risiko, innerhalb der kommenden zehn Jahre Symptome einer koronaren Herzkrankheit zu erleiden, persönlich auch nicht sehr viel anfangen kann (aufgrund meines sonstigen Risikoprofils betrüge es knapp 20%, durch den ungünstigen CACS-Wert steigt es auf gut 30%): Was ist ein Zehn-Jahres-Risiko von 30% gegenüber 20%? Ich weiss es ehrlich gesagt nicht – als Menschen sind wir nicht dazu geschaffen, in Risiken oder Wahrscheinlichkeiten zu denken und zu empfinden (das wusste ich längst – es ist bloss sehr eindrücklich, das so unmittelbar zu erfahren).

Eine positive Folge hatte die beschriebene Abklärung aber doch für mich (und die möchte ich nicht verschweigen): Sie haben bei mir vielfältige und unterschiedlichste persönliche Gedanken zu grundlegenden Fragen ausgelöst und zu tiefgründigen, sehr konstruktiven Gesprächen mit meiner nächsten Umgebung geführt. Für mich persönlich bleibt ein zwiespältiges Gefühl (ich bin nicht sicher, ob ich mit meinem heutigen Wissen der Untersuchung zugestimmt hätte – kann sein, kann aber auch nicht sein! – Dank eines konstruktiven Gesprächs mit dem Spezialisten am Universitätsspital kann ich das Untersuchungsergebnis mittlerweile besser interpretieren; ob ich das Resultat mit allen Implikationen und Konsequenzen besser verstehe, ist eine andere Frage ...). Wenn ich mich so ausführlich dazu äussere, so besonders deshalb, weil ich mit Edy Riesen einig bin, dass Kardiologen uns Hausärztinnen und Hausärzte sehr gut und genügend früh über solche Untersuchungen, die erfolgten Resultate sowie deren Interpretation informieren sollten. Ich gehe sogar weiter und empfehle uns Hausärztinnen und -ärzten allen, sich im Rahmen der Fortbildungsaktivitäten auch über solche Themen möglichst bald und umfassend in Kenntnis zu setzen: Wir müssen vor einer entsprechenden Untersuchung kompetent mitdiskutieren können!

ernst zu nehmen ist? Und wie gehen wir damit um? Denn «erst was ich weiss, das macht mich heiss». Liebe Kolleginnen und Kollegen, als Hausärzte werden wir immer mehr Zeit damit verbringen, Resultaten von High Tech-Untersuchungen ihren Platz im Leben von aktuell gesunden Menschen zu geben. Das «*Medical business*» wird noch mehr *worried wells* produzieren und einem Menschen glückliche Jahre vermiesen. Wollen wir das, und zu welchem (menschlichen) Preis? Hier geht auch ein Aufruf an die Spezialärzte: Die Hausärzte müssen über die Wertigkeit neuer Methoden schnell und gut informiert werden (die Methodik selbst ist eigentlich für uns unwichtig). Als Beispiel können die sehr brauchbaren AGLA-Tabellen dienen. Solange wir keine Langzeitresultate mit harten Endpunkten (an Stelle von Surrogatmarkern) kennen, sind

die Voraussagen von neuen Methoden mit Vorsicht zu geniessen. Dass wir nur noch von absolutem Risiko reden sollten, ist sowieso eine Selbstverständlichkeit. Und schliesslich sollten wir immer die treffende englische Empfehlung «*give sorrow words*» bedenken! Ich notiere fürs Erste ein Akronym in meinem alternen, immer noch rebellischen Cortex, für alle mit Kalzium und Kummer beladenen noch-nicht-Koronarpatienten: «CLTHS» = *Calcium loaded – troubled heart – Syndrome!*

Bildnachweis

© Nataliia Mysik | Dreamstime.com

Literatur

1 Johann Wolfgang von Goethe, Faust I, 1808.

Korrespondenz:
Dr. med. Edy Riesen
Facharzt für Allgemein-
medizin FMH
Hauptstrasse 100
CH-4417 Ziefen
edy.riesen[at]hin.ch