

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufferkrankungen

## Kongreßberichte: Kardiologie 2002

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology 2002; 9 (4)*

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche



Offizielles  
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



**ACVC**  
Association for  
Acute CardioVascular Care

In Kooperation  
mit der ACVC

Indexed in ESCI  
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

**Datenschutz:**

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

**Lieferung:**

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

**Abbestellen:**

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

**Journal für Kardiologie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

**KARDIOLOGIE 2002**

Am 22. und 23. Februar 2002 fand in Innsbruck der von **Univ.-Prof. Dr. Otmar Pachinger** organisierte Kongress **Kardiologie 2002** statt. In diesem Jahr bildeten die Schwerpunkte der akute Myokardinfarkt, erweiterte Therapiemöglichkeiten bei chronischer Herzinsuffizienz und neue Behandlungsmethoden bei Vorhofflimmern, aktuelle Entwicklungen in der bildgebenden kardialen Diagnostik (CT- und MR-Verfahren), lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen sowie interventionelle Möglichkeiten für die Behandlung der therapierefraktären Angina pectoris, der Mitralstenose und des Foramen ovale.

Von besonderem Interesse war der Vortrag von **Prof. Dr. H. Gohlke** (Bad Krozingen, Deutschland) zum Thema „**Wandel in der klinischen Präsentation der KHK: Warum weniger (große) Infarkte und mehr instabile AP?**“ Zu Beginn führte Prof. Gohlke einige epidemiologische Daten an. So gibt es hinsichtlich der KHK-Mortalität große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern, wobei Österreich eine Mittelstellung einnimmt. Seit 1990 ist die Mortalität insbesondere bei Männern < 75 a deutlich gesunken (ca. 25 %), bei Frauen ist sie nahezu gleichgeblieben. Nichtsdestotrotz ist die Inzidenz bei Männern immer noch höher als bei Frauen. Diese geschlechtsspezifischen und geographischen Unterschiede spielen eine wichtige Rolle bei der Betrachtung dieses Themas. Prof. Gohlke führte in der Folge die seiner Meinung nach entscheidenden Faktoren für die Änderung der klinischen Präsentation der KHK an.

1. Änderung der Lebensweise

Beispielsweise konnte in der Lyon Diet Heart Study durch Umstellung auf eine Mittelmeerdiät eine Risikoreduktion von 57 % erreicht werden. Prof. Gohlke wies insbesondere darauf hin, daß dieser Effekt bereits nach wenigen Wochen faßbar war. Eine mögliche Erklärung dafür ist in der Nurses Health Study gezeigt worden. Nur durch den Austausch von gesättigten bzw. transungesättigten Fettsäuren

durch einfach- und mehrfach ungesättigte Fettsäuren konnte eine dramatische Risikoreduktion für eine koronare Herzkrankheit beobachtet werden.

Rauchen ist ein etablierter kardiovaskulärer Risikofaktor und zählt in den USA zu den wichtigsten vermeidbaren Ursachen. Insbesondere die Kombination mit anderen Risikofaktoren erhöht das Risiko für kardiale Ereignisse.

2. Direkte und indirekte Effekte durch vermehrte und frühere invasive Diagnostik und Angioplastie

Ein entscheidender Faktor in der Änderung der klinischen Präsentation scheint in der früheren invasiven Abklärung zu liegen. Während in den 80er Jahren eine Koronarangiographie durchgeführt wurde, um Patienten für eine Bypass-OP zu selektionieren, werden seit Beginn der 90er Patienten invasiv abgeklärt, um jene zu identifizieren, bei denen eine perkutane Intervention möglich ist. Zusätzlich hat die Anzahl der Koronarangiographien und perkutanen koronaren Interventionen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Somit können einerseits Stenosen bereits vor einem möglichen Verschluß dilatiert werden, andererseits wird das Bestehen einer KHK früher erfaßt. Dies hat zur Folge, daß Patienten noch früher einer medikamentösen „Sekundärprävention“ unterzogen werden, was eine indirekte Folge der vermehrten invasiven Abklärung darstellt. T-ASS führte beispielsweise in verschiedenen Studien zu einer Reduktion der Herzinfarkte um 50 %, in der HOT-Studie verminderte die zusätzliche Gabe von ASS die Ereignisrate um 36 %. Eine Senkung der Infarkttrate konnte ebenfalls durch Statin- (z. B. 4S-Study) oder ACE-Hemmer-Therapie (HOPE-Studie) erreicht werden. Daß eine frühe und vermehrte invasive Abklärung nicht der einzige Grund für die Änderung der klinischen Präsentation ist, machte Prof. Gohlke am Beispiel England fest. Obwohl in England im Vergleich zum europäischen Durchschnitt deutlich weniger Koronarangiographien durch-

geführt werden, sinken auch hier die Infarkt mortalität und die Inzidenz.

3. Neue Definition des Infarkts

Eine weitere Ursache einer Änderung der klinischen Präsentation der KHK sieht Prof. Gohlke in der veränderten Definition des Infarkts. Bei entsprechender Symptomatik führt eine Erhöhung des Troponin I zur Diagnose akuter Myokardinfarkt. Somit kommt es zu einer Verschiebung der „Infarktgrenze“ in Richtung instabiler Angina pectoris. Unterstützt wird diese neue Definition durch die Ergebnisse der TIMI-Studie, in der erhöhte Troponinwerte mit einem Anstieg der kardialen Ereignisrate assoziiert waren. Diese neue Definition könnte dazu führen, daß schlußendlich wiederum doch häufiger Infarkte auftreten.

4. Verbesserte Sekundärprävention

Durch den breiteren Einsatz von anti-thrombotischen Substanzen (ASS, Clopidogrel), Statinen, ACE-Hemmern und Betablockern kann eine Reduktion der Infarkt mortalität erreicht werden.

Zusammengefaßt scheinen die Ursachen für eine Änderung der klinischen Präsentation der KHK multifaktoriell zu sein. Lebensstiländerungen wie Nikotinabstinenz, bewußte Ernährung und körperliches Training könnten zu einer Senkung der Infarktinzidenz führen. Zusätzlich scheint die frühe und verstärkte invasive Abklärung direkt und indirekt über frühere und aggressivere medikamentöse Behandlung das Auftreten von großen Myokardinfarkten zu reduzieren. Andererseits könnte die neue Infarktdefinition doch zu einer Steigerung der Infarktinzidenz führen.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Matthias Frick  
Klinische Abteilung für Kardiologie  
Klinik für Innere Medizin  
Universität Innsbruck  
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35  
E-Mail: Matthias.Frick@uibk.ac.at

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)