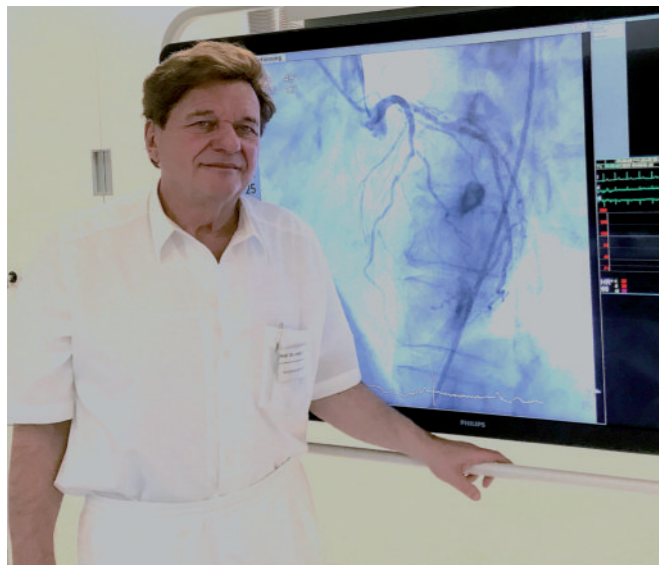


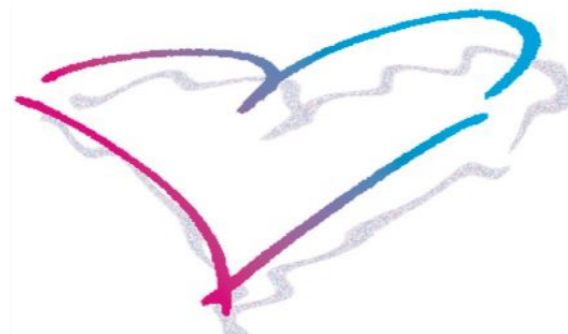
# Das individuelle Herzinfarktrisiko sichtbar machen

Trotz aller Fortschritte in der Medizin ist die koronare Herzkrankheit (KHK) in Deutschland unverändert die Todesursache Nr. 1. Da empfiehlt es sich, die eigene Herzgesundheit in die Hände eines bekannten Fachmanns wie Prof. Dr. med. Sigmund Silber zu legen. Der international renommierte Herzspezialist zeichnet sich verantwortlich für eine Vielzahl von Veröf-



Prof. Dr. med. Sigmund Silber, Kassenarzt

Koronarstents sind Metallgitter, die im Rahmen eines Herzkatheters implantiert werden. Mit seiner Expertise bei der Beurteilung der Qualität verschiedener Modelle dieser oftmals lebensrettenden Implantate, leistet Prof. Silber einen bedeutenden Beitrag zur Weiterentwicklung der Kardiologie. Allerdings gilt der auch in den USA als Professor tätig gewesene Mediziner nicht nur als wissenschaftliche Koryphäe auf dem Gebiet der Kardiologie, sondern wurde auch vielfach für seine Therapieerfolge ausgezeichnet. So erfolgt beispielsweise seit vielen Jahren eine Empfehlung in „Deutschlands TOP ÄRZTE“ im FOCUS. Selbstverständlich kann Prof. Silber seinen Patienten das gesamte Portfolio der hinlänglich bekannten und speziellen Untersuchungsmethoden wie Echokardiographie, Myokardszintigraphie, Herz-CT und Herzkatheter anbieten. Darüber hinaus vermag er fachliche Schwerpunkte zu setzen, die seine Arbeit von der vieler anderer deutlich abhebt. So verfügt Prof. Silber über besondere Expertise bei der Risikoabschätzung eines Herzinfarktes, für die er sich nicht bloß auf die Berechnung verschiedener, leider aber auch wider-



entlichungen in den wichtigsten Fachzeitschriften und bekleidet verschiedene Ämter bei den entsprechenden Fachgesellschaften. In diesem Zusammenhang ist insbesondere Prof. Silbers Mitarbeit an zahlreichen internationalen Studien zur Evaluierung moderner Koronarstents zu erwähnen.

sprüchlicher Risikoscores stützt, sondern gegebenenfalls auch die Bestimmung des koronaren Kalkscores mit dem Herz-CT durchführt. Die Bestimmung des koronaren Kalkscores ist im Rahmen der Herzinfarktprävention besonders sinnvoll, wenn bei Patienten nur wenige traditionelle Risikofaktoren vorliegen, und noch keine fortgeschrittene Arterienverengung diagnostiziert wurde. Zwar geht vielen Herzinfarkten eine signifikante Verengung (Stenose) der Herzgefäße voraus, doch auch die „nicht stenosierende KHK“ ist mit einem erhöhten Herzinfarkt- und Sterberisiko verbunden. Tatsächlich passiert jeder zweite Herzinfarkt aus „heiterem Himmel“; er entsteht also plötzlich und unerwartet ohne vorherige Warnsymptome bzw. Anzeichen einer Minderdurchblutung. Tragischerweise ist für viele Patienten damit der erste Herzinfarkt gleichzeitig auch der letzte.

Die traditionellen Risikofaktoren für einen Herzinfarkt sind Alter, Geschlecht, Nikotinkonsum, erhöhte Cholesterin- beziehungsweise Blutfettwerte, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und familiäre Vorbelastung. Aus der Kombination der einzelnen Risikofaktoren lässt sich mittels verschiedener Punktsysteme („Scores“) das individuelle Herzinfarktrisiko abschätzen bzw. berechnen. Die direkte Sichtbarmachung des Herzinfarktrisikos anhand des mit dem Herz-CT bestimmten koronaren Kalkscores ist den üblichen, nur indirekten Risikoscores jedoch überlegen. Schließlich belegt der koronare Kalkscore direkt das Vorliegen einer kalzifizierenden Koronarsklerose. Die direkte Sichtbarmachung der „Herzverkalkung“ motiviert viele betroffene Patienten bei der oft beschwerlichen aber notwendigen Änderung ihres Lebensstils (Abb. 1 und 2)

Ein besonderes Anliegen von Prof. Silber ist die Vermeidung überflüssiger Herzkatheteruntersuchungen. In Deutschland werden – im Vergleich zum Rest der Welt – auffallend mehr Herzkatheteruntersuchungen und Stentimplantationen durchgeführt. Das legt den Verdacht nahe, dass vielleicht auch unnötige Herz-

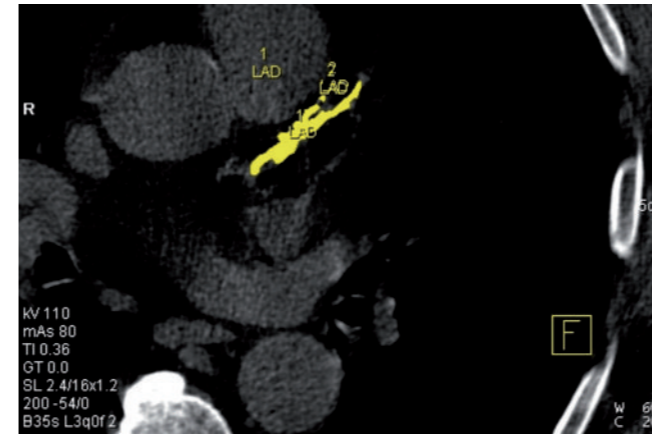


Abb. 1 Nachweis von ausgedehntem Kalk (gelb markiert) in der Herzvorderwandarterie eines 60-jährigen Patienten mit Bluthochdruck. Der Kalkscore ist mit 908 erheblich erhöht, so dass ein erhöhtes Herzinfarktrisiko besteht, welches mit Medikamenten („Statine“) behandelt werden muss. Da der Patient asymptomatisch ist und keine Durchblutungsstörung des Herzmuskels besteht, ist eine Herzkatheteruntersuchung überflüssig.

Stentimplantation in die linke Herzkranzarterie

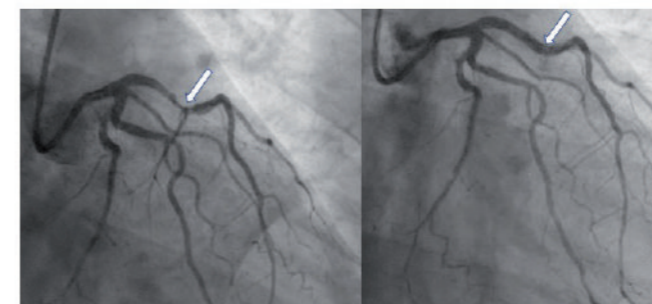


Abb. 3 Darstellung der linken Herzkranzgefäßarterie eines 54-jährigen Patienten mit kürzlich wieder aufgetretener Angina pectoris und gut eingestelltem Bluthochdruck. Nach einem Ereignis 2008 mit Implantation eines Stents in die rechte Kranzarterie, hat er das Rauchen aufgegeben. Man erkennt jetzt eine hochgradige Einengung des Vorderwandgefäßes (linker Pfeil). Nach der Stentimplantation (rechter Pfeil) ist die Engstelle behoben.

katheteruntersuchungen durchgeführt werden. Dabei kann auch bei vernünftiger Anwendung nichtinvasiver Untersuchungsmethoden wie dem Herz-CT zur Beurteilung von Engstellen eine verantwortungsvolle und zuverlässige Diagnostik erfolgen. Gerade bei niedriger Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK sowie bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK und fehlendem Ischämienachweis bei nichtinvasiver bildgebender Diagnostik sollte deshalb auf einen Herzkatheter besser verzichtet werden. Besonders dann, wenn mehrere Begleiterkrankungen vorliegen, können die Risiken des Herzkatheters schwerer wiegen als der

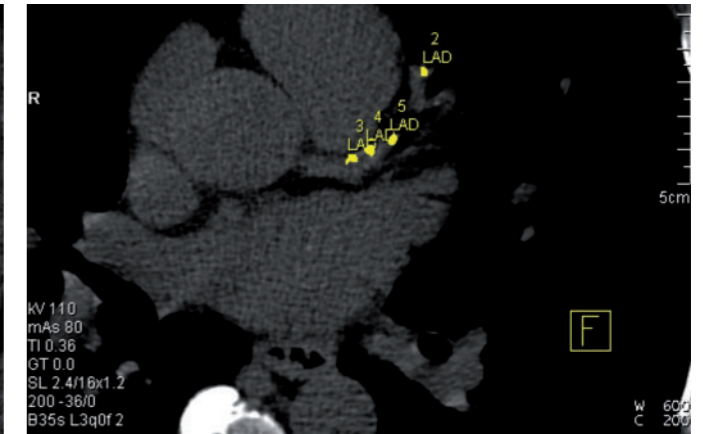


Abb. 2 Nachweis von geringeren punktuellen Ansammlungen von Kalk (gelb markiert) in der Herzvorderwandarterie eines 54-jährigen Patienten mit Nikotinkonsum (20 Zigaretten pro Tag). Der Kalkscore ist mit 123 geringgradig erhöht, so dass nicht unbedingt eine Medikamenteneinnahme erfolgen muss. Die Bilder motivieren den Patienten, das Rauchen aufzugeben. Da keine „herztypischen Beschwerden“ und keine Durchblutungsstörung des Herzmuskels besteht, ist eine Herzkatheteruntersuchung überflüssig.

Stentimplantation in die rechte Herzkranzarterie

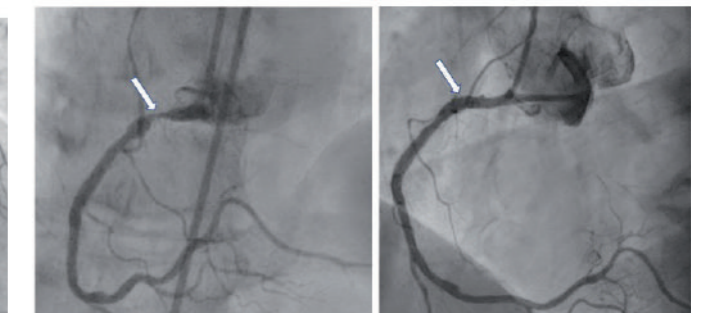


Abb. 4 Darstellung der rechten Herzkranzgefäßarterie des links genannten 54-jährigen Patienten in selber Sitzung. Der „alte“ Stent von 2008 (gerade Strecke im mittleren Drittel) ist offen geblieben. Aber man erkennt eine neue hochgradige Einengung dieses Gefäßes weiter oben (linker Pfeil). Nach der Stentimplantation (rechter Pfeil) ist auch diese Engstelle behoben.

diagnostische Nutzen, und die Entscheidung über das weitere Vorgehen muss, mit äußerster Gründlichkeit unter Teilhabe der Patientinnen und Patienten, abgewogen werden (Abb. 3 und 4).

## KONTAKT

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Sigmund Silber  
FESC, FACC, FAHA – Kardiologe  
Tal 21, 80331 München  
Tel. 0 89 / 2 90 831-16, Fax 0 89 / 2 90 42 02  
E-Mail: sigmund@silber.com  
Internet: www.sigmund-silber.com  
www.kardiologische-praxis.com