

HAND AUFS HERZ. 03-2011

NEWSLETTER



KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN

Linz

Initiative für
partnerschaftliches
Patientenmanagement

Kardiologie

EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE
Medizin mit Qualität und Seele www.vinzenzgruppe.at



LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Sie halten bereits die dritte Ausgabe unseres Newsletters in Ihren Händen. Hauptthema ist dieses Mal die Koronarangiographie über die A. radialis. Wir haben diesen Zugangsweg heuer als Standard in unserem Katheterlabor implementiert. **Für den Patienten bietet er erhebliche Vorteile (weniger Blutungskomplikationen, sofortige Mobilisierung) und auch aus ökonomischer Sicht erscheint er durchaus attraktiv**, da die stationäre Verweildauer vor allem bei elektiven Eingriffen verkürzt werden kann.

Ein weiterer Beitrag betrifft die Betreuung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern. Die sehr spezifischen Probleme dieser Patientengruppe bedürfen der Betreuung durch einen Kardiologen in enger Kooperation mit dem Kinderkardiologen und dem Kinderherzchirurgen. **Wir haben in den letzten Jahren eine ausgezeichnete Kooperation mit der Landes- Frauen- und Kinderklinik entwickelt, wobei die Patienten gemeinsam von einem Kinderkardiologen und einem spezialisierten Erwachsenenkardiologen betreut werden.**

Die Rubrik „Fachspezifisches – Themen aus dem Alltag“ beschäftigt sich diesmal mit häufigen Problemen bei Diabetes-Patienten. Die Vielzahl an neuen Therapiemöglichkeiten erfordert auch hier spezialisierte Ansprechpartner. **Unser interdisziplinäres Team hat in den letzten Jahren eine sehr breite Diabetes-Kompetenz aufgebaut und betreut Patienten vom Kindesalter an.**

Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich für Ihre Unterstützung bedanken und freue mich auf die weitere Zusammenarbeit im Jahr 2012!

Herzlichst

Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek
Abteilungsleiter Interne II – Kardiologie



WEITERBETREUUNG VON HERZKRANKEN KINDERN IM ERWACHSENENALTER

Seit Mitte 2010 bieten wir an unserer Abteilung eine Ambulanz für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (= EMAH) an. Sie resultiert aus der engen Zusammenarbeit der kinder-kardiologischen Abteilung der Landes- Frauen- und Kinderklinik (LFKK, OA Dr. Jürgen Steiner) mit unserer Kardiologie. In der EMAH-Ambulanz widmen wir uns einer besonderen Patientengruppe, die uns zukünftig verstärkt begegnen wird: **junge Menschen, die ihr bisheriges Überleben der raschen Entwicklung der Herzchirurgie sowie der Kinderkardiologie der letzten 20 bis 30 Jahre verdanken und nun das Erwachsenenalter erreichen.** Sie benötigen eine lebenslange Spezialbetreuung sowie eine besondere Bedachtnahme auf ihre spezielle Physiologie.

Bis die herzkranken Patienten das 18. Lebensjahr erreicht haben, ist die LFKK für deren Betreuung zuständig. Anschließend sollten die Patienten von einem Erwachsenenkardiologen (mit)behandelt werden. **Durch eine langsame Übernahme der Patienten von der LFKK in unsere EMAH-Ambulanz wird eine kontinuierliche Betreuung ermöglicht.** Dr. Steiner kennt als Kinderkardiologe die jungen Erwachsenen mit ihren Krankengeschichten und Genesungsverläufen oft schon seit langem. Dr. Geiger als Internist bringt Erfahrungen mit erworbenen Herzerkrankungen sowie degenerativen Erkrankungen im Erwachsenenalter mit. Er hat in den letzten Jahren zudem einmal pro Woche auf der Kinderkardiologie der LFKK mitgearbeitet und die verschiedenen angeborenen Herzerkrankungen sowie die heutigen Operationsmethoden kennen gelernt.



OA Dr. Helmut Geiger

Da immer mehr herzkranken Kinder das Erwachsenenalter erreichen, benötigen sie eine hochwertige, weiterführende kardiologische Behandlung. Durch das Kooperationsmodell mit der LFKK ist es uns gelungen, eine Lücke im medizinischen Versorgungsangebot in OÖ zu schließen.



Literaturtipp



Literaturtipp



Interview
Dr. Zeindlhofer

NEUES STANDARDVERFAHREN BEI KORONARANGIOGRAPHIEN: BEREITS 75 % DER EINGRIFFE ERFOLGEN ÜBER DAS HANDGELENK

Lange Zeit war sowohl bei diagnostischen als auch bei interventionellen Koronarangiographien der Zugang über die A. femoralis Standard in unserem Herzkatheterlabor. Vor knapp zwei Jahren erfolgte die Trendwende, sodass wir **mittlerweile etwa 75 % aller Eingriffe über die A. radialis durchführen**.

Die Entwicklung neuer Materialien, insbesondere der Schleusen und Verschlussysteme, machen den transradialen Zugang zu einer sehr sicheren Methode. Nach der Intervention ist eine sofortige Mobilisation möglich, was gerade älteren Patienten sehr zugutekommt. Weiters sprechen eine frühzeitige Arbeitsfähigkeit bzw. die baldige Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten sowie eine Kostenreduktion für die Angiographie über die A. radialis. **Der größte Vorteil liegt sicherlich in der geringeren Komplikationsrate, da vor allem Blutungen im Punktionsgebiet beim transradialen Zugang signifikant reduziert werden.**

Auch Patienten, die gerinnungsaktive Medikamente einnehmen (Marcoumar ...), müssen für die transradiale Koronarangiographie nicht in einen Gerinnungsstatus gebracht werden, der für den transfemorale Zugangsweg obligat wäre.

Voraussetzung für die Angiographie über die A. radialis ist ein guter und kräftiger Puls. Meist führen wir auch noch zusätzlich den so genannten Allen-Test durch: Damit wird sichergestellt, dass bei komprimierter A. radialis eine ausreichende Durchblutung der Hand über die A. ulnaris gewährleistet ist. Anschließend wird die Punktionsstelle über der A. radialis mit einem Lokalanästhetikum betäubt. Danach erfolgt die Punktion der Arterie in Seldinger-Technik. Zur maximalen Vasodilatation und zur Vermeidung häufig auftretender Gefäßspasmen werden vasoaktive Medikamente über die Schleuse verabreicht, auch eine Heparinisierung erfolgt standardisiert. Wie über die A. femoralis wird auch bei der A. radialis überwiegend eine 6-French-Schleuse verwendet. Die weitere Vorgehensweise entspricht grundsätzlich jener der Angiographie über die Femoralarterie. Da die Armarterie jedoch ein deutlich dünneres Gefäßkaliber aufweist, ist besondere Vorsicht beim Verschieben der Katheter geboten. Stenosen im Bereich der A. radialis sind selten, Spasmen allerdings häufig. Vor

allem Raucher, Diabetiker und jüngere Frauen neigen zu Gefäßspasmen, die mit entsprechenden Medikamenten jedoch meist gut therapiert werden können. Nichtsdestotrotz können Spasmen einen limitierenden Faktor für die Untersuchung darstellen. Auch ein sehr starkes Kinking der A. subclavia kann einen Umstieg von transradial auf transfemoral notwendig machen. Dennoch: **Die Erfolgsquote der Radialis-Angiographie liegt bei über 90 %**, sodass ein Umstieg nur in seltenen Fällen notwendig ist.

Nach dem Eingriff wird die Punktionsstelle mit einem „Luftkissenverband“ verschlossen, während der Komprimierungsphase der Arterie sind die Patienten bereits wieder mobil. Erste Nachkontrollen an unserem Haus zeigen, dass es **nur ganz selten zu Komplikationen im Bereich der Punktionsstelle kommt** (Hämatom, abgeschwächter Puls nach Schleusenentfernung). Eine vitale Bedrohung der Hand oder Langzeitschäden durch eine Gefäßkomplikation sind äußerst rar.

An unserer Abteilung wurden selbst Hauptstamminterventionen schon problemlos von transradial durchgeführt, bei gutem Sitz des Führungskatheters sind diese Interventionen mit der gleichen Sicherheit wie von transfemoral zu bewerkstelligen. Die Radialisangiographie ist aber nicht immer möglich. Vor allem bei geplanten, komplexen Interventionen, insbesondere bei Rotablationen, bleibt der Zugangsweg über die A. femoralis sicher die erste Wahl, da hier oft mit größeren Katheterdiametern (8F) gearbeitet wird.



OA Dr. Kurt Höllinger



OA Dr. Andreas Winter



MR Dr. Berthold Kiblböck, Arzt für Allgemeinmedizin (Altenberg)

BLUTZUCKEREINSTELLUNG – MANCHMAL EINE ECHE HERAUSFORDERUNG

Fragen aus der allgemeinmedizinischen Praxis

Herr Johann U., 62 Jahre, Diabetes mellitus II seit fünf Jahren bekannt; der aktuelle HbA1c beträgt 8,0 % (Voruntersuchung 7,5 %). Der Patient ist deutlich übergewichtig (BMI: 32).

An zusätzlichen Erkrankungen besteht eine KHK (Z. n. Stentrevaskularisation) mit ischämischer Kardiomyopathie (NYHA II), eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, Z. n. Nikotinabusus.

Medikamente: Metformin 1000 mg 1-0-1, Diamicon 30 mg MR 2-2-0, zusätzlich Acecomb, Simvastatin, Thrombo-Ass, Lasix, Bisoprolol.

Herr U. steht einer Insulintherapie absolut ablehnend gegenüber (Angst vor weiterer Gewichtszunahme, mehrmals tägliche Insulinverabreichung etc.). Die bisherigen Versuche des Patienten, sein Gewicht zu reduzieren, verliefen frustant. Er berichtet immer wieder von Heißhungerattacken und betreibt nur wenig Bewegung in Form von Spaziergängen ein- bis zweimal pro Woche.

Dr. Kiblböck: Welche weiteren oralen medikamentösen Therapiemöglichkeiten gibt es, was sind die Vor- und Nachteile? Was eignet sich Ihrer Meinung nach bei diesem Patienten am besten? (Heißhungerattacken durch Sulfonylharnstoffe?)

Eine geeignete Therapie wäre für diesen Patienten die Zugabe eines DPP4-Hemmers (z. B. Januvia®, Galvus® oder Onglyza®), einerseits weil diese gewichtsneutral sind, wenige Nebenwirkungen haben und es andererseits auch Kombinationspräparate mit Metformin gibt. Die maximale HbA1c-Senkung beträgt aber nur 1 %, sodass unter Umständen kein Wert um 6,5 % erreicht werden kann. Pioglitazon scheidet auf Grund der Herzinsuffizienz aus. Eine Kombination von Sulfonylharnstoff und Gliniden (Repaglinid) ist nicht sinnvoll, da sie am gleichen Rezeptor ansetzen.

Eine Möglichkeit, die Heißhungerattacken zu vermindern und Gewicht zu reduzieren, wäre der Einsatz von GLP-1-Analoga (Liraglutid oder Exenatide) zusätzlich zu Metformin und Diamicon. Natürlich besteht ein Nachteil darin, dass die Applikation s. c.

erfolgen muss, außerdem ist auch das Bewilligungsverfahren durch die Krankenkasse mit einem vermehrten Zeitaufwand verbunden. Herr U. als Hochrisikopatient würde davon – sollte er das GLP-1-Analoga vertragen – aber sicher profitieren.

Vielversprechend ist hier das erst seit kurzem erhältliche Exenatid-Präparat (Bydureon®), welches nur einmal pro Woche verabreicht werden muss und auf Grund der langsamen Wirkstofffreisetzung auch besser verträglich ist (weniger Übelkeit). Ein Nachteil ist jedoch die fehlende Langzeiterfahrung mit dieser relativ neuen Medikamentengruppe.

Auf jeden Fall sollte, falls vom Patienten vertragen und keine Kontraindikation gegen Metformin besteht, dieses weiter gegeben werden.

Dr. Kiblböck: Letztlich wird Herr U. Insulin benötigen. Welche Therapieform empfehlen Sie?

Hier muss besonders auf die Lebensgewohnheiten geachtet werden. Für einen älteren Patienten, der einer Insulintherapie ohnehin eher skeptisch gegenübersteht, wäre sicher die Einleitung einer Mischinsulintherapie zwei- bis dreimal täglich sinnvoll. Eine Einstellung im stationären Setting ist bei vielen Patienten notwendig, einerseits, um ihnen genügend Zeit und Sicherheit zum Erlernen der Insulinapplikation zu geben, und andererseits, um auch bestimmte „Problemsituationen“ zu meistern. Die Erstellung eines Dosisanpassungsschemas für den jeweiligen Patienten ist hier unbedingt notwendig. Auch eine funktionelle Insulintherapie nach dem Basis-/Bolusprinzip ist für manche (jüngere) Typ-II-Diabetiker gut geeignet.

Dr. Kiblböck: Wie oft empfehlen Sie, die Laborwerte – insbesondere Kalium bzw. Kreatinin – zu bestimmen (Acecomb, Lasix, Metformin)? Besteht die Gefahr von Rhythmusstörungen?

Der Patient muss explizit darauf hingewiesen werden, dass Metformin im Rahmen von Kontrastmitteluntersuchungen, aber auch bei akuten Erkrankungen pausiert werden muss. Natürlich ist die Gefahr von Rhythmusstörungen gegeben, insbesondere durch die kombinierte diuretische Therapie (Hypokaliämie!). Hier gilt besondere Vorsicht bei der zusätzlichen Gabe von potentiell QT-Intervall-verlängernden Medikamenten (Psychopharmaka, Makrolid-Antibiotika etc.).

Bei Patienten mit normaler Nierenfunktion ist eine einmal jährliche Kontrolle ausreichend. Falls bereits eine Nierenfunktionseinschränkung besteht, sollte diese jedoch vierteljährlich kontrolliert werden. Weiters sollte bei rasch fortschreitender Niereninsuffizienz an die Vorstellung des Patienten an einer nephrologischen Abteilung gedacht werden.

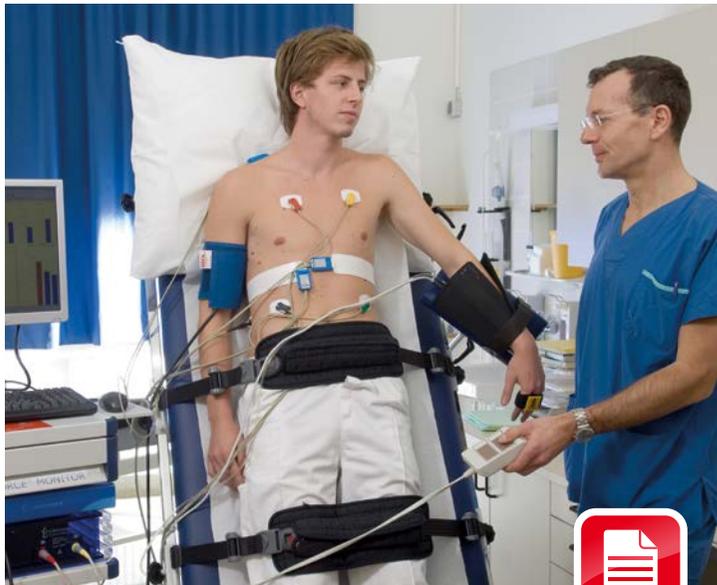
Hören Sie das Interview mit unserem Diabetes-Spezialisten über die Angebote an unserer kardiologischen Abteilung.



OA Dr. Wolfgang Lang



Ass. Dr. Antonia Gierlinger



Synkopen-ambulanz

KIPPTISCHUNTERSUCHUNG ZUR SYNKOPENABKLÄRUNG

Kurz dauernde, plötzliche Bewusstlosigkeitszustände sind weiter verbreitet als oftmals angenommen: **Ca. 70 bis 80 % aller Menschen synkopieren mindestens einmal im Laufe ihres Lebens.** Menschen, die mehrmals – wenn auch in unregelmäßigen, langen Abständen – das Bewusstsein verlieren, haben eine stark eingeschränkte Lebensqualität, sind verletzungsgefährdet und können in Extremfällen ihre Wohnung nicht mehr verlassen.

Auch wenn meist eine „harmlose“ Kreislaufregulationsstörung die Ursache von Synkopen ist, so können sich dahinter lebensbedrohliche Herzerkrankungen verbergen. Auf diese Pathologien „stürzen“ sich Mediziner und veranlassen meist umfangreiche und aufwändige Untersuchungen, denn der Ausschluss einer vital bedrohlichen Pathologie ist essentiell. Ist glücklicherweise „nur“ eine Kreislaufregulationsstörung vorhanden, werden Synkopenpatienten oft alleine und ohne ausreichende Behandlung gelassen.

Die Spezialambulanz für Synkopen an unserer Abteilung richtet sich genau an diese Patientengruppe. Mittels ausführlicher Anamnese und einer Kipptischuntersuchung erstellen wir eine exakte Diagnose. Bei klaren, so genannten Reflexsynkopen genügt es meist, den Patienten gut über seine Situation aufzuklären und ihm spezielle Verhaltenstechniken näherzubringen. Gelegentlich müssen wir Patienten jedoch auch stationär aufnehmen und gemeinsam mit deren Angehörigen ein Synkopentraining durchführen. Auch der Einsatz von Medikamenten oder eines speziellen Herzschrittmachers sind Optionen, die bei einigen Patienten notwendig werden können. **Erfreulich ist, dass wir der überwiegenden Zahl an Patienten effektiv helfen können.**



OA Dr. Helmut Geiger

Interessanterweise werden im Rahmen der Abklärung häufig neurologische Erkrankungen aufgedeckt und umgekehrt nicht selten vermeintliche Epilepsie-Patienten letztlich einer kardialen Therapie zugeführt.



80 ARZTASSISTENTINNEN BESUCHTEN KARDIOLOGIE

Anlässlich des Weltherztags am 29. September lud unsere Abteilung die Arztassistentinnen unserer zuweisenden Kolleginnen und Kollegen zu einem Informationsabend ein. Da die Damen aus den Ordinationen regelmäßig mit unseren Ärzte-, Pflege- und Sekretariatsmitarbeitern in telefonischem Kontakt stehen, war es uns wichtig, sie einmal persönlich kennen zu lernen. Den Höhepunkt des Abends bildete neben den Führungen auf den Hubschrauberlandeplatz und die Intensivstation sicherlich die Live-Übertragung einer Koronarangiographie.

TERMINE



02.03.12 | 15.00 Uhr

Fortbildungsnachmittag: Erwachsene mit angeborenem Herzfehler

Immer mehr junge Menschen mit angeborenen Herzfehlern erreichen das Erwachsenenalter und bedürfen somit einer besonderen, spezialisierten Betreuung. Dieser Fortbildungsnachmittag bietet einen Überblick über angeborene Herzfehler, über Operationsmöglichkeiten im Kindesalter sowie interventionelle Angebote.

Bitte um Anmeldung bei Ingrid Lamp (DW 7262).

Ort: Krankenhaus Barmherzige Schwestern Linz.

09.03.12 | 10.00 Uhr

Workshop Kontrast-Echokardiographie

Praktische Anwendung von lungengängigen Ultraschall-Kontrastmitteln in der Echokardiographie.

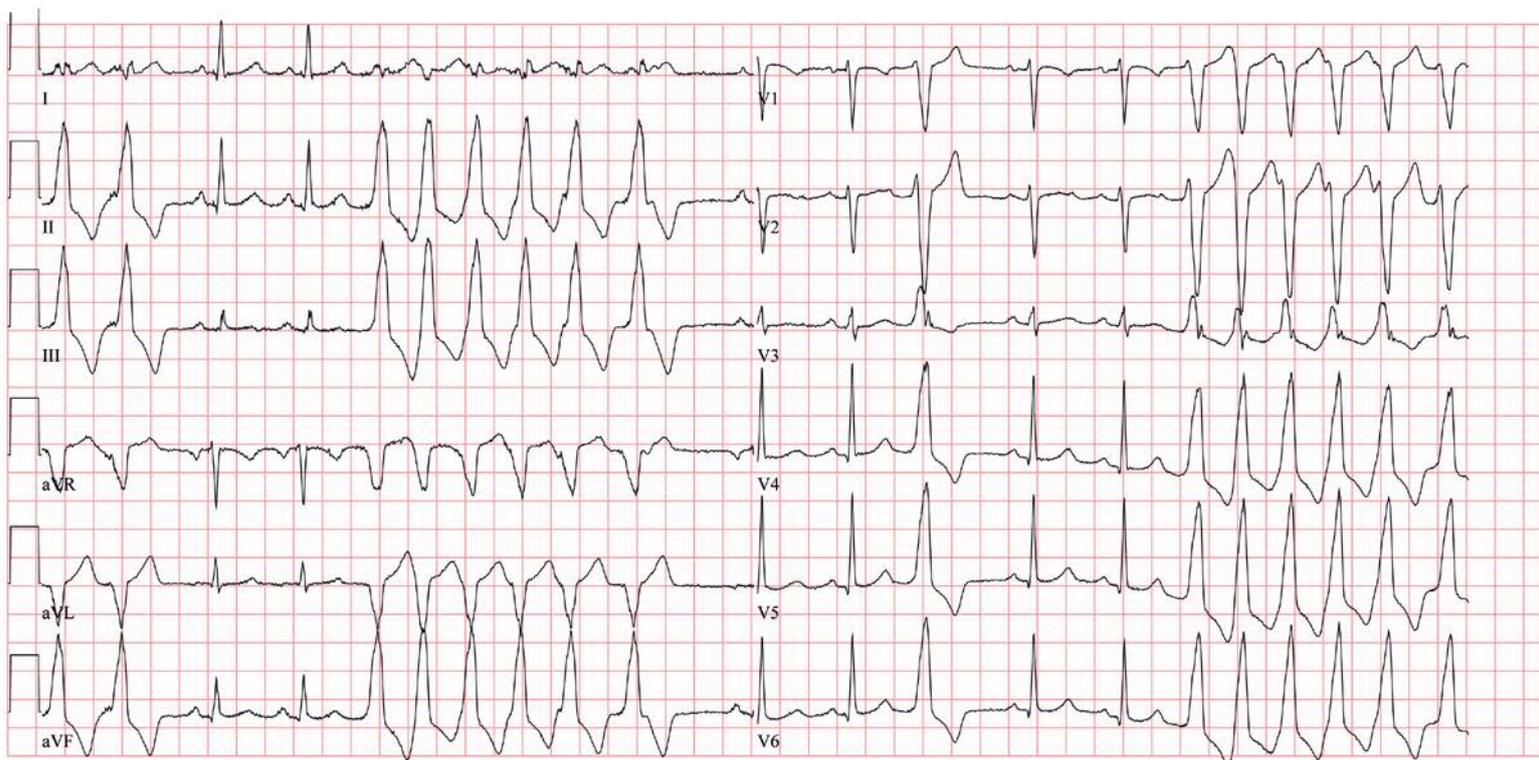
Bitte um Anmeldung bei Ingrid Lamp (DW 7262).

Ort: Krankenhaus Barmherzige Schwestern Linz.

20.03.12 | 18.00 Uhr

Kardiologiekreis

Ort: Krankenhaus Barmherzige Schwestern Linz.



EKG-QUIZ: TESTEN SIE IHR WISSEN

Ausgangssituation:

52-jährige Patientin mit anfallsartigem Herzjagen; die Patientin ist ansonsten herzgesund

Wie lautet Ihr EKG-Befund?

(EKG-Schreibgeschwindigkeit: 25 mm/s)

Die Auflösung der Quizfrage finden Sie online:

www.bhslinz.at – Rubrik „Für Ärzte“ – Newsletter – Kardiologie



OA Priv.-Doz. Dr. Johann Reisinger

NEUE ASSISTENZÄRZTIN: DR. MARLENE REITER

Seit Oktober 2011 verstärkt Dr. Marlene Reiter als neue Ausbildungsassistentin für innere Medizin das Kernteam unserer kardiologischen Abteilung. Die 31-Jährige war zuvor schon 14 Monate als Stationsärztin auf der Internen Station 2F tätig, wo sie bereits einen umfassenden Einblick in die Arbeitsabläufe und Anforderungen unserer Kardiologie gewinnen konnte.

Ihre Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin führte Frau Dr. Reiter bereits ins Krankenhaus Barmherzige Schwestern Linz. Die Oberösterreicherin war zudem ein halbes Jahr in einer Lehrpraxis in Freistadt tätig.



Abteilung für Innere Medizin II: Kardiologie
 Seilerstätte 4, 4010 Linz, Tel.: +43 732 7677 - 7262
 E-Mail: peter.siostrzonek@bhs.at

Zertifiziert gemäß



Impressum gem. § 24 Mediengesetz:

Medieninhaber und Herausgeber: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsgesellschaft m. b. H., Abteilung Interne II – Kardiologie; Anschrift von Medieninhaber und Herausgeber: Seilerstätte 4, 4010 Linz; Redaktion: Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Siostrzonek, OA Priv.-Doz. Dr. Johann Reisinger, OA Dr. Kurt Höllinger, OA Dr. Andreas Winter, OA Dr. Helmut Geiger, OA Dr. Wolfgang Lang, Ass. Dr. Antonia Gierlinger; Hersteller: Salzkammergut Media; Herstellungsort: 4810 Gmunden; Layout: upart Werbung und Kommunikation GmbH; Fotos: Fotostudio Satori GmbH, BHS Linz, MR Dr. Berthold Kiblböck; Auflage: 800 Stück; Erscheinungsweise: 3 x jährlich. Wir bitten im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit um Verständnis, dass auf die geschlechterspezifische Formulierung teilweise verzichtet wird. Selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen. Die im Medium etwaig angegebenen Medikamentennamen sind als Beispiele für alle Produkte mit gleichem Wirkstoff zu verstehen.