



PM 21 -11 / 3 Seiten

21.06.2011

Kommunikation
und Medien

PRESSEMITTEILUNG

Bereits eine Ablagerung in den Herzkranzarterien steigert Infarktrisiko deutlich

Philipp Kreßirer

Lindwurmstr. 2a
80337 München

Tel: +49 (0)89 5160-8070
Fax: +49 (0)89 5160-8072
E-Mail: philipp.kressirer@
med.uni-muenchen.de

Münchener LMU-Mediziner belegen prognostischen Wert der Computer-Tomografie-Angiografie bei Angina-pectoris-Patienten

Schmerzen in der Herzgegend, das Gefühl von Enge in der Brust, Atembeklemmungen – Patienten mit „Angina pectoris“ kennen diese immer wieder kehrenden Symptome. Um ein gefährlich verengtes Herzkranzgefäß als Ursache und die Gefahr eines Herzinfarktes auszuschließen, nutzen vor allem amerikanische, aber zunehmend auch deutsche Mediziner die nicht invasive (also nicht in den Körper eindringende) Computer-Tomografie-Angiografie. Doch die, abgekürzt CTA genannte Methode kann mehr, als nur die Existenz eines verengten Gefäßes auszuschließen. Mit ihr lassen sich auch die Ausmaße von arteriosklerotischen Ablagerungen („Plaques“) an den Innenwänden der Gefäße bestimmen. Mehr noch: Forscher des Klinikums der Universität München (LMU) haben jetzt nachgewiesen, „dass wir mit dieser Methode Aussagen über den künftigen Krankheitsverlauf der Angina-pectoris-Patienten treffen können“, wie Dr. Fabian Bamberg vom LMU-Institut für Klinische Radiologie erklärt. Damit hätte das Verfahren eine völlig neue Qualität und würde auch das Management von Angina-pectoris-Patienten beeinflussen, falls sich die Erkenntnisse in weiteren, gerade in den USA laufenden Studien bestätigen. Sprich: Man könnte gegebenenfalls vorbeugende Maßnahmen verstärken.

Der Münchner Radiologe und seine Kollegen haben in einer so genannten Meta-Analyse die Ergebnisse von elf einschlägigen kleineren Studien mit mehr als 7.300 Patienten beleuchtet, deren Krankheitsverlauf nach einer CTA-Diagnose zwischen 14 und 78 Monaten verfolgt wurde. „Die Ergebnisse der einzelnen Studien waren in ihren Aussagen nicht schlüssig“, erklärt Dr. Bamberg. Bei einer Meta-Analyse werden die Resultate der Einzel-Studien deshalb mit besonderen statistischen Mitteln neu bewertet und so zusammengeführt. Die Forscher errechneten beispielsweise, ob und wie oft Angina-pectoris-Patienten mit bestimmten CTA-Befunden in

der Folgezeit fatale Ereignisse erlitten – also einen Herzinfarkt bekamen oder an einer Herzerkrankung starben oder sich in ihrer Symptomatik erheblich verschlechterten, so dass sie ein Krankenhaus aufsuchen mussten.

Kommunikation und Medien

Tel: +49 (0)89 5160-8070
Fax: +49 (0)89 5160-8072
E-Mail: philipp.kressirer@
med.uni-muenchen.de

Ergebnis: Zahl, Stärke und Ausmaß der Ablagerungen weisen auf ganz bestimmte Gefahren im Krankheitsverlauf hin. Mit nur einer Plaque in den Herzkranzarterien steigt das Risiko um das Viereinhalbfache, irgendwann im restlichen Leben ein fatales Ereignis zu erleiden. Mit jeder weiteren Plaque erhöht sich dieses Risiko kontinuierlich und erheblich um jeweils 23 Prozent. „Damit hat die CTA-Untersuchung für Patienten mit Angina pectoris einen ganz konkreten prognostischen Nutzen“, betont Dr. Bamberg, „wir können das kardiologische Risiko relativ genau ermitteln.“ Das Verfahren geht auch über den Nutzen des so genannten Kalzium-Scores hinaus, mit dem sich dieses Risiko ebenfalls bestimmen lässt – aber nur für Plaques mit einem Kalzium-Anteil. Es gibt aber Hinweise, wonach der „nicht-kalzifizierte“ Plaqueanteil wesentlich gefährlicher sei.

Ein ganz wichtiger Punkt: Mit modernsten Computer-Tomografen „liegt die Strahlenbelastung einer CTA bei etwa einem Millisievert“, sagt Fabian Bamberg. Zum Vergleich: Die natürliche Strahlenbelastung eines Menschen pro Jahr beträgt etwa zweieinhalb Millisievert. So wird die CTA nach Ansicht des Münchner Radiologen, was einen Einsatz im klinischen Alltag betrifft, zunehmend konkurrenzfähig. Bisher werden viele Patienten in Deutschland mit der Koronarangiografie untersucht. Dabei wird ein Katheter über eine Leistenarterie ins Herz vorgeschoben; die Methode ist mithin invasiv – anders als die CTA. „Trotzdem“, so Dr. Bamberg, „müssen wir noch nachweisen, dass die CTA der Koronarangiografie bei der Diagnosestellung bei bestimmten Patientengruppen überlegen ist und der Patient einen Nutzen hat. Es ist außer Frage, dass die Koronarangiographie beim akuten Herzinfarkt und bei der Behandlung von Koronarstenosen nach wie vor ihre völlige Berechtigung besitzt.“

Literaturangabe:

Die Studie wurde publiziert im Journal of the American College of Cardiology (J. Am. Coll. Cardiol., 2011; 57: 2426-2436.)

Kontakt:

Dr. med. Fabian Bamberg
Institut für Klinische Radiologie
Klinikum der Universität München (LMU), Campus Großhadern
Tel: +49 (0)89/7095-3001
E-mail: fabian.bamberg@med.uni-muenchen.de

Klinikum der Universität München

Im Klinikum der Universität München (LMU) sind im Jahr 2010 an den Standorten Großhadern und Innenstadt 465.000 Patienten ambulant, teilstationär und stationär behandelt worden. Die 45 Fachkliniken, Institute und Abteilungen sowie 35 interdisziplinäre Zentren verfügen über mehr als 2.200 Betten. Von insgesamt über 10.000 Beschäftigten sind rund 1.800 Mediziner. Das Klinikum der Universität München hat im Jahr 2010 rund 70 Millionen Euro an Drittmitteln verausgabt und ist seit 2006 Anstalt des öffentlichen Rechts.

Gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität ist das Klinikum der Universität München an sechs Sonderforschungsbereichen der DFG (SFB 455, 571, 594, 596, 684, 824), an drei Sonderforschungsbereichen-/Transregio (TR 05, TR 22, TR 36), einer Forschergruppe (FOR 535) sowie an drei Graduiertenkollegs (GK 1091 und 1202, SFB-TR 36) beteiligt. Hinzu kommen die beiden Exzellenzcluster „Center for Integrated Protein Sciences“ (CIPSM) und „Munich Center of Advanced Photonics“ (MAP) sowie die Graduiertenschule „Graduate School of Systemic Neurosciences“ (GSN-LMU).

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.klinikum.uni-muenchen.de

Kommunikation und Medien

Tel: +49 (0)89 5160-8070
Fax: +49 (0)89 5160-8072
E-Mail: philipp.kressirer@med.uni-muenchen.de