Herz und Lunge

Der weiterhin rasant zunehmende Wissenszuwachs in der Medizin treibt die Subspezialisierung auch in der Inneren Medizin weiter voran. Umso wichtiger ist es, dass man sich gelegentlich das große Ganze einmal wieder vor Augen führt. Gerade in der Kardiologie und der Herz-Kreislauf-Medizin wird die enge Verflechtung zur Pneumologie deutlich.

Die primäre Diagnostik und ggf. die daraus abgeleiteten Therapien für Patienten mit Dyspnoe scheinen davon abhängig zu sein, ob der Patient primär einem Kardiologen oder einem Pneumologen „in die Hände fällt“. Eine rationelle Diagnostik von Patienten mit dem Leitsymptom „Dyspnoe“ scheint dabei entscheidend für die korrekte Weichenstellung zu sein. Aber auch eine korrekte pneumologische oder kardiologische Therapie – sei es medikamentös, durch verschiedene Beatmungstherapien, Devices oder gar operativ – kann unerwünschte Wirkungen im jeweils anderen Fachgebiet bzw. Organsystem nach sich ziehen.

Schlafbezogene Atmungsstörungen („Schlafapnoe“) sind seit Jahren ein integraler Bestandteil der Pneumologie. Doch die zentrale Rolle von Atmungsstörungen im Schlaf wird auch bei kardiologischen Erkrankungen zunehmend realisiert. Prognoseentscheidend sind nämlich die kardiovaskulären Folgeerkrankungen der Schlafapnoe, bzw. der Erfolg einer kardiologischen Therapie hängt oft von der gleichzeitigen Therapie nächtlicher respiratorischer Störungen ab. So kommt es, dass dieses Thema in der Kardiologie immer breiteren Raum einnimmt und Kardiologen solche Komorbiditäten immer häufiger selbst diagnostizieren und therapieren und in letzter Zeit durch innovative Entwicklungen in

der Diagnostik und Therapie maßgeblich zum schlafmedizinischen Fortschritt beitragen.

Eine rationelle und richtungsweisen- de Umfelddiagnostik vor kardiochirurgischen Eingriffen ist bei der sich wandelnden Altersstruktur und v. a. den zunehmenden Komorbiditäten von Patienten vor solchen Eingriffen wichtig und nicht selten prognoseentscheidend. Aber auch für die Therapieauswahl (interventionell vs. chirurgisch) stellen pneumologische Begleiterkrankungen eine wichtige Entscheidungshilfe dar.

So ist die COPD neben der arteriellen Hypertonie und dem Diabetes die dritthäufigste Begleiterkrankung von Patienten, die mit einem akuten Myokardinfarkt im Krankenhaus behandelt werden. Dabei kommt der COPD erhebliche prognostische Bedeutung zu. Von hoher praktischer Relevanz bei COPD ist außerdem nicht selten die Abgrenzung einer akuten Exazerbation von einem akuten Koronarsyndrom – beides von großer prognostischer Bedeutung und diagnostisch nicht selten eine Herausforderung. Umgekehrt ergeben sich aus der intensiven Erforschung der Interaktionen zwischen Lungenüberblähung, pulmonaler Hypertonie und kardiovaskulärer Funktion (bzw. Funktionsstörung) neue therapeutische Optionen.

Als ultimative Therapieverfahren stehen neben Herzunterstützungssystemen die Herz- oder seltener die Herz-Lungen-Transplantation und bei alleiniger pulmonaler Erkrankung im Endstadium die Lungentransplantation ein- oder beidseitig zur Verfügung. Offensichtlich ist es hier, dass vorher klar sein muss, welche Art von Transplantation indiziert und mit welchen Chancen und Risiken diese Ver-

fahren verbunden sind. Thorakale Transplantationen sind ein Paradebeispiel für die in dieser Ausgabe von *Herz* thematisierte Interaktion von Herz und Lunge, aber auch für die große klinische Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit von Kardiologen und Pneumologen beim Management dieser Patienten.

*Olaf Oldenburg
 Helmut Teschler*

Korrespondenzadresse

PD Dr. O. Oldenburg

Klinik für Kardiologie, Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
 Georgstrasse 11, 32545 Bad Oeynhausen
 akleemeyer@hdz-nrw.de

Interessenkonflikt. O. Oldenburg und H. Teschler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.