Lungenerkrankungen – pulmonale Hypertonie

Das Thema dieses Internistenheftes (Lungenerkrankungen – pulmonale Hypertonie) bildet eine ätiologische Einheit ab, die unter klinischen Bedingungen oft als „Cor pulmonale“ angetroffen wird. Die Ursachen sind chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, fortschreitende Lungenparenchymerkrankungen, Lungengefäßerkrankungen und eine alveoläre Hypoventilation. Die pathophysiologische Sequenz besteht in der Regel in dem progredienten Untergang von Lungengewebe mit Rarefizierung und/oder Obliteration von pulmonalen Blutgefäßen sowie der konsekutiven Störung des Gasaustausches (Hypoxie, Hyperkapnie). Der daraus resultierende pulmonalen Hochdruck führt zu einem Remodeling der pulmonalen Gefäße und Schädigung der rechtsventrikulären Muskulatur des Herzens (Hypertrophy und Remodeling), mit konsekutivem Rechtsherzversagen und in den fortgeschrittenen Stadien zur hypoxischen Dysfunktion anderer Organe.

Die Häufigkeit des chronischen Cor pulmonale beträgt ca. 5–10% aller Herzerkrankungen.

Die Prävalenz bei chronischer obstruktiver Atemwegserkrankung (COPD) ist hoch: Autoptisch findet sich bei COPD in 40–50% ein Cor pulmonale, andererseits in ca. 80% der Patienten mit chronischem Cor pulmonale eine COPD. Diese Zahlen verdeutlichen somit die enge ätiologische, morphologisch-anatomische und funktionelle Verknüpfung beider Erkrankungen.

Das vorliegende Heft konzentriert 6 Beiträge zur Syntropie „Lungenerkrankungen – pulmonale Hypertonie“. Beginnend mit dem Beitrag zur morphologisch begründeten funktionellen Dynamik des rechten Herzens folgen die 3 ursachenorientierten Beiträge mit den wichtigen Faktoren Thromboembolien, interstitiellen und obstruktiven Lungenerkrankungen und schließlich den Beiträgen zur Diagnostik und zur Therapie der pulmonalen Hypertonie. Alle Beiträge sind nach neuesten Daten und Richtlinien verfasst und berücksichtigen insbesondere die für diese Thematik wichtigen Publikationen zur Diagnose und Therapie der pulmonalen Hypertonie (Venedig-Klassifikation; [4]) sowie die daraus resultierende angepasste Klassifikation von Dana Point [3], die neben therapeutischen Neuerungen [2] die wesentlichen Grundlagen zur Pathologie, dem vaskulären pulmonalen Remodeling, der Genetik, Epidemiologie, Diagnostik, der medikamentösen sowie chirurgischen Therapie und den Zukunftsperspektiven enthält [1].

Die Herausgeber möchten mit diesem Heft einen pathophysiologisch fundierten sowie ätiologisch, diagnostisch und therapeutisch aktuellen Überblick über das wichtige Interaktionsfeld zwischen Lungen- und Herzerkrankungen geben, der auf der Basis neuester Studienresultate wichtige Empfehlungen für die Behandlungsstrategien der Patienten in Klinik und Praxis ermöglicht. Dieses Heft belegt darüber hinaus die besondere Wichtigkeit der interdisziplinären Kooperation zwischen Kardiologen und Pneumologen, die nicht nur auf dem Gebiet der pulmonalen

Hypertonie evident ist, sondern zukünftig ganz besonders auch auf dem Felde der Komorbiditäten von COPD und koronarer Herzerkrankung gefordert wird.

B.E. Strauer

P. Zabel

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. B.E. Strauer

Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
straue@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. ACCF/AHA (2009) J Am Coll Cardiol 54 (Suppl): S1–117
2. Barst RJ, Gibbs JS, Ghofrani HA et al. (2009) Updated evidence-based treatment algorithm in pulmonary arterial hypertension. J Am Coll Cardiol 54 (Suppl): S78–84
3. McLaughlin VV, Archer SL, Badesch DB et al. (2009) ACCF/AHA 2009 expert consensus document on pulmonary hypertension a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents and the American Heart Association developed in collaboration with the American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Inc., and the Pulmonary Hypertension Association. J Am Coll Cardiol 53: 1573–1619
4. Rubin LJ; American College of Chest Physicians (2004) Diagnosis and management of pulmonary arterial hypertension: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 126 (Suppl 1): 75–105