



Prof. Dr. med. Georg Nickenig
Direktor der Med. Klinik und Poliklinik II
Universitätsklinikum Bonn

Echokardiogramm, Computer-, Magnetresonanztomogramm

Welche Bilder brauchen Patient und Kardiologe?

■ Nicht vor allzu langer Zeit hat man Kardiologen, die sich wissenschaftlich mit Herzklappenerkrankungen auseinandersetzten, für eher rückwärts gerichtete und nostalgisch verklärte Kollegen gehalten. Dies hat sich in den letzten Jahren gründlich geändert. Initialschuss dieser gegenwärtigen Entwicklung war die Möglichkeit des interventionellen, minimal invasiven Aortenklappenersatzes. Seit einigen Jahren ist die Mitralklappe mehr und mehr in den Mittelpunkt wissenschaftlichen Eifers und nicht selten hitziger Diskussionen geraten. Am Anfang standen rekonstruktive und manuelle Eingriffe an der Mitralklappe in den 20er Jahren. Die Herz-Lungen-Maschine ermöglichte Operationen unter Sicht und bahnte den Weg für die ersten

„Die Mitralklappe gehört zu den populärsten Spielplätzen in der Echokardiografie.“

künstlichen Herzklappenersatzoperationen Anfang der 60er. Rekonstruktive Eingriffe an der Mitralklappe waren zunehmend verpönt, bis das Pendel in den 80er-Jahren wieder zugunsten der Mitralklappenre-

konstruktion ausschlug, da man die Wichtigkeit des z. B. Klappenhalteapparates besser verstanden hatte. Heute ist die operative Mitralklappenrekonstruktion – wann immer möglich – bei Mitralklappenvitien der Goldstandard. Leider ist die „Rekonstruktionsrate“ von Klinik zu Klinik unterschiedlich, zudem oft erst operativ entscheidbar. Daher lohnt sich vor einem geplanten Eingriff der strenge Blick auf die Mitralklappenrekonstruktionsrate der ausgesuchten Klinik.

Bis vor kurzem hätte man jeden, der behauptet hätte, Mitralklappen per Katheter über die Leiste rekonstruieren zu können, für einen Spinner gehalten. Die Bemühungen, der Mitralklappe auch per Katheter beizukommen, sind einige gute Jahre und zahlreiche Studien alt. Viele Prinzipien haben sich bislang nicht durchsetzen können, aber es gibt Neuigkeiten und sehr ermutigende Studiendaten, die darauf hinweisen, dass bei Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz zunehmend auch an interventionelle Verfahren gedacht werden muss, zumal auch die operative Versorgung der Mitralklappeninsuffizienz lokal und auch generell verbesserbar ist.

Die Mitralklappe gehört zu den populärsten Spielplätzen innerhalb der Echokardiografie. Wir erleben gegenwärtig die Entwicklung eines differenziellen interventionellen und

operativen Therapiearmamentariums bei Mitralklappeninsuffizienz. Nie war die Abbildung und Beurteilung der Mitralklappe wichtiger als heute. Die 3D-Echokardiografie hilft uns, die besten Therapiemodalitäten auszuwählen, auch wenn uns noch nicht ein offener Operationssitus vorliegt. Kein ambitionierter Kardiologe gibt sich allerdings mit den Herzklappen als Untersuchungsstrukturen zufrieden. Innovationen in dieser Technik machen viele andere Analysen möglich, die uns bei der Beurteilung des Herzmuskels und der Herzmuskeldurchblutung helfen. Ord nende Gedanken sind jedoch wichtig, damit wir in dem Wust von industriell angepriesenen Hochglanztechnologien die entscheidenden Modalitäten zur richtigen Diagnose erkennen.

Auch wenn die Echokardiografie sicherlich auch in weiter Zukunft noch das entscheidende Bildgebungsverfahren der Kardiologen bleiben wird, so sind doch Computertomografie und die Magnetresonanztomografie wichtiger geworden. Ergeben sich hieraus tatsächlich Vorteile in der Patientenversorgung und am Ende des Tages für den Patienten selbst? Was da-

von ist getrieben von industriellen Verkaufswünschen? Gibt es Kollegen, die sich durch die Zuge-

„Bringen Computertomografie und Magnetresonanztomografie tatsächlich Vorteile für den Patienten?“

hörigkeit zu einem Fach oder durch die besondere Liebe zu einer Untersuchungstechnik diesen Fragen nur ungerne stellen? Die Antworten sind fast ausschließlich kontrovers und nur anhand von Details zu beantworten. Sicher scheint mir nur, dass zur guten Beurteilung einer Herzkreislauf-Erkrankung der Patient im Mittelpunkt stehen sollte und die abschließende Beurteilung durch einen Herz-Kreislauf-Experten, in der Regel einem Kardiologen, erfolgen sollte. Technik- oder honorarverliebte Behandlungs- und Diagnosepfade sind sicher weder für Patient noch Gesundheitssystem zielführend.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre,

Ihr

Georg Nickenig