

rungen. Dazu gehört das Cowden-Syndrom, bei dem Darmpolypen einhergehen mit Trichilemmomen (kleine gutartige Tumoren) an der Haut und Pflastersteinmukosa. Adenokarzinome und gut- oder bösartige Talgdrüsen-Neoplasien in Verbindung mit wiederholt auftretenden Keratoakanthomen kennzeichnen das Muir-Torre-Syndrom. Polypen oder Kolonkarzinome und Zysten oder Lipome an der Haut treten beim Gardner-Syndrom sowie Dünndarm-Polypen und periorale und -orbitale Lentiginose beim Peutz-Jeghers-Syndrom auf. „Der Dermatologe kann zur Früherkennung von Darmneoplasien beitragen, wenn er an solche Syndrome denkt und die Patienten zur Koloskopie schickt“, so Hafner.

Bei CED-Patienten kommen auch Basaliome und Spinaliome gehäuft vor, wie eine neue Studie zeigt. Dieses Risi-



© PD Dr. C. Hafner

Abb. 2 M. Duhring.

ko erhöht sich weiter durch die Therapie mit Azathioprin und Biologika. „Die Haut von CED-Patienten sollte der behandelnde Arzt immer wieder komplett untersuchen, um keinen

Hautkrebs zu übersehen“, riet Hafner den Internisten.

Vaskulopathien

Unter den Vaskulopathien griff Hafner zwei genetisch definierte Syndrome heraus. Typisch für den M. Osler sind Teleangiektasien an der Haut und Darmblutungen aus Gefäßmissbildungen, die in 5% letal verlaufen. Das Blue-rubber-bleb-nevus-Syndrom hat seinen Namen durch weiche gummiartige venöse Fehlbildungen an der Haut bekommen. Auch an der Darmschleimhaut sind solche Gefäßfehlbildungen vorhanden und können zu Blutungen führen.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ 116. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Wiesbaden, 10. – 14. 4. 2010

Psychosoziale Aspekte bei KHK-Patienten

Herzgesundheit hängt auch von der Seele ab

Unbestritten sind psychosoziale Belastungen ein wichtiger Risikofaktor für den Herzinfarkt. Deshalb sollten bei der Betreuung und Behandlung von KHK-Patienten psychosoziale Aspekte Berücksichtigung finden.

— Die INTERHEART-Studie, die die multifaktorielle Genese des Herzinfarkts untersuchte, hat zweifelsfrei bewiesen, dass psychosoziale Faktoren bei der Entstehung der KHK eine wichtige Rolle spielen. Dazu gehören Stresssymptome wie Nervosität und Angst, finanzielle Sorgen, belastende Lebensereignisse, das Gefühl mangelnder Kontrolle über die Lebens- und Arbeitsbedingungen und Depressivität. „20% aller KHK-Patienten sind depressiv, jedoch nur bei jedem vierten wird dies erfasst“, sagte PD Dr. Ch. Albus, Köln. Auch der sozioökonomische Status beeinflusst das Krankheitsrisiko und die Prognose. „Unterschichtpatienten sind immer Risikopatienten“, so Albus. Da-

gegen sei Ehrgeiz nicht unbedingt ungünstig für das Herz. Wenn sich jedoch kein Erfolg einstelle, entstehe eine Gratifikationskrise, die das kardiovaskuläre Risiko deutlich ansteigen lasse.

Ein Risikofaktor wie jeder andere?

Grundsätzlich kommen bei psychosozialen Belastungen dieselben pathophysiologischen Mechanismen zum Tragen, die auch bei anderen Risikofaktoren zur Arteriosklerose und zum Herzinfarkt führen. Dazu gehören Blutdruckanstieg, vermehrte Kortisolausschüttung, Inflammation, endotheliale Dysfunktion und eine Abnahme der Insulinresistenz. „Bei unglücklichen Dicken ist die Insulinsensitivität deutlich niedriger als bei glücklichen Dicken“, so Albus. Depressivität ist zudem oft mit riskantem Verhalten und geringer Bereitschaft zur Verhaltensänderung verknüpft. So ist bei depressiven KHK-Patienten die Erfolgsrate beim Nikotinentzug geringer und die medikamentöse Non-Adhärenz höher.

Psychosomatische Grundversorgung für Herzpatienten

Angesichts dieser Zusammenhänge sollte jeder Arzt versuchen, psychosoziale Belastungen bei seinen Herzpatienten zu erkennen und ihnen eine psychosomatische Grundversorgung mit Beratung und Motivation anzubieten. Sinnvoll sind Rehabilitationsangebote, z.B. Herzsportgruppen, und Stress-Management-Training. Durch eine solche multimodale Intervention lässt sich die Prognose von KHK-Patienten deutlich verbessern. Durch eine Psycho- bzw. Verhaltenstherapie oder Gabe von Antidepressiva lässt sich nach bisherigen Studienergebnissen das kardiovaskuläre Risiko dagegen nicht beeinflussen. „Diese Strategien sollten deshalb nur zum Einsatz kommen, wenn von Seiten der psychischen Erkrankung eine Indikation besteht“, so Albus.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Frühjahrstagung des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e.V., 7.–9.5.2010 in Konstanz.