

“Süßes” oder “krankes” Herz

Optimale kardiologische Diagnostik und Therapie
beim Diabetiker

PD Dr. med. Pascal Meier

Leitender Arzt
Universitätsspital Genf
University College London UCL

HUG
Hôpitaux
Universitaires
Genève



Überblick

- Patientin
- Was ist der Effekt von Diabetes auf das Herz
- Was muss man beim Diabetiker bezüglich Herz beachten?
- Therapie Möglichkeiten des «süßes» Herzens
- Schlussfolgerung

Frau R., 1958

- Routine Kontrolle, keine Beschwerden, etwas mehr Dyspnoe in letzter Zeit, gelegentliches thorakales Stechen.
- Hatte Stent für kleinen Herzinfarkt (NSTEMI) vor 3 Jahren, 1 x Stent
- Diabetes Typ 2 seit 7 Jahren, Hypertonie.
- Glucophage seit 6 Jahren, Insulin seit 1 Jahr.
- EKG normal

Einfluss auf's Herz

- Doppeltes Risiko für koronare Herzkrankheit, kardiovaskuläre Sterblichkeit, sowie für Hirnschlag
- Mehr Herzinfarkte
- Risiko ähnlich wie bei Patienten mit bekannter koronarer Herzkrankheit oder gar nach Herzinfarkt (falls >12 Jahre Diabetes)

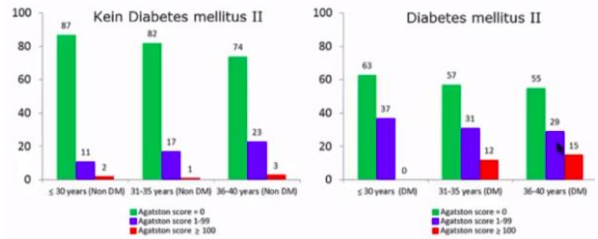
Sarwar N, Lancet 2010; 375:2215.

Problematik

- Diabetes bedingte Nervenschädigung -> oft fehlende Symptome, Risiko für « stummen Herzinfarkt »
- 20-30% der Diabetiker haben eine stumme Herzdurchblutungsstörung
- Gar bis 60% der Herzinfarkte stumm

Sarwar N, Lancet 2010; 375:2215.

Diabetiker Ohne Symptome



Daga N, J. of Cardiovascular CT 2013 (7) 241

Wann braucht der Diabetiker eine Herzakklrung?

- Bei Symptomen?
- Auch ohne Symptome?

Sarwar N, Lancet 2010; 375:2215.

Was bringt screenen bei asymptomatischen Patienten?

Studienlage bisher "negativ":

DIAD, DYNAMIT, FACTOR-64 Studien: keine eindeutige Verbesserung falls Stress-Tests

BARDOT Studie hat Patienten mit positivem Stress Test per Losentscheid mit Medikamenten oder mit einem Stent behandelt -> ein Trend zu weniger Herz-Ereignissen, (aber nicht signifikant)

Sarwar N, Lancet 2010; 375:2215.

Empfehlung

- Mit Symptomen, auch atypisch: JA!
- Ohne Symptome:
- Je nach Risiko (Score)

Risiko Scores?

<https://www.agla.ch/risikoberechnung/agla-risikorechner>

AGLA RISKORECHNER

ESC SCORE
FH SCORE

Suchbegriff eingeben.

• Erläuterungen zum AGLA Risikorechner

Mit der Nutzung des AGLA Risikorechners bestätigen Sie, dass Sie die **Nutzungsbedingungen** gelesen haben und damit einverstanden sind.

Allgemeine Angaben

Alter in Jahren (20-75 Jahre) Alter

Syst. BD in mmHg (120-220 mmHg) mmHg

Geschlecht
 Mann
 Frau

Blutfettwerte

LDL (2.94-6.47 mmol/l) mmol/l

HDL (0.65-1.94 mmol/l) mmol/l

TG (0.57-6.52 mmol/l) mmol/l

Weitere Angaben

Raucher
 Ja
 Nein

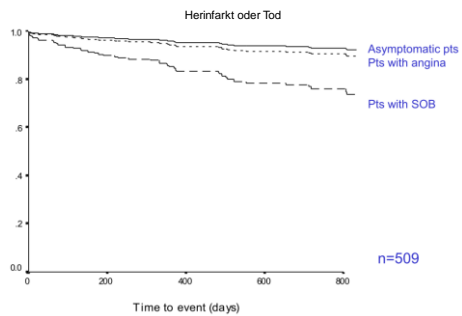
Diabetes
 Ja
 Nein

Herzinfarkt bei Eltern, Geschwitem oder Geschwitem vor dem 60. Lebensjahr
 Ja
 Nein

Berechnen **Eingabefehler**

Chamnan P. Diabetologia 2009; 52:2001-2014.

Symptome (asymptomatisch?)



Eur Heart J 2004; 25: 543

Geringe Schwelle abzuklären

“Angina Äquivalent”:

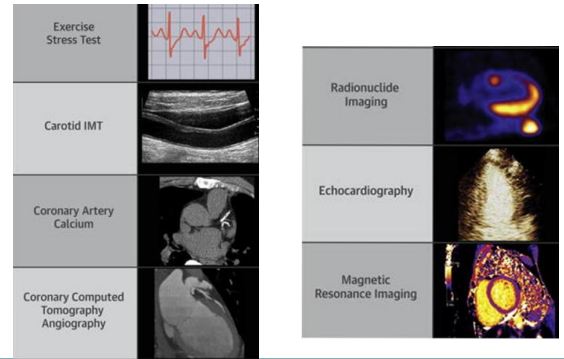
- Atemnot
- Oberbauchschmerzen bei Belastung
- Abnahme der Leistungsfähigkeit

Sarwar N. Lancet 2010; 375:2215.

Routine Screening

- Kardiovaskuläres Risiko jährlich neu evaluieren: Blutdruck, Rauchen, Cholesterin und Suche nach anderen Diabetes Organschäden (Augen, Nieren)
- Jährliches EKG
- Bei höherem Risiko: regelmässige kardiale Abklärung mit Echokardiogramm, evtl. Belastungstests oder CT Bildgebung

Tests?



Sarwar N, Lancet 2010; 375:2215

Welcher Test am Besten?

Meta-Analysis of Prognostic Implications of Dyspnea Versus Chest Pain in Patients Referred for Stress Testing

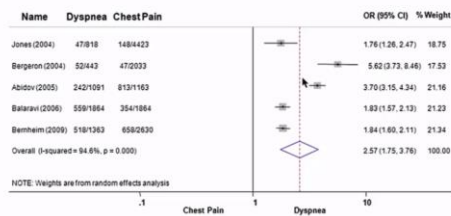


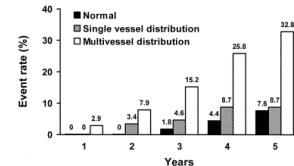
Fig.: All-cause mortality in patients with dyspnea versus chest pain.

Argulian E, Am J Cardiol 2014; 113: 559

Bei Diabetikern speziell

Gewisse Tests zeigen prognostische Relevanz bei Diabetikern: Stress-Echokardiographie

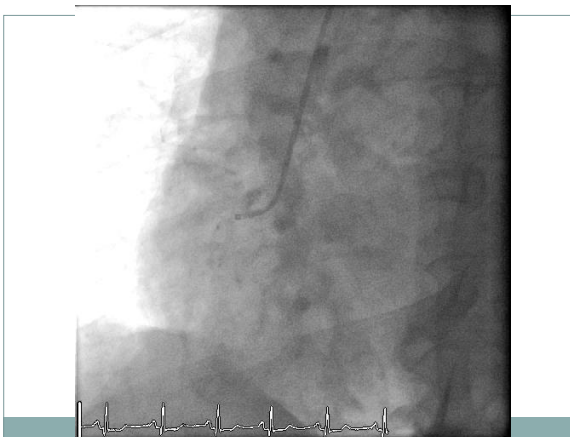
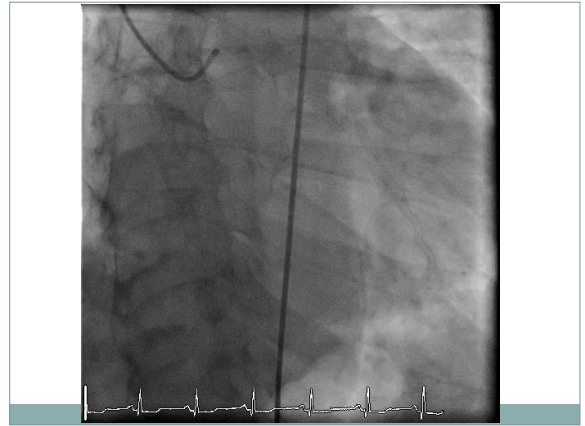
1. relativ preiswert
2. kein Risiko
3. viel Information auch über Herzfunktion
4. Normales versus abnormales Stress-Echo: 23% vs. 8% kardiovaskuläre Ereignisse über 5 Jahre
5. Keine Ereignisse über die ersten 2 Jahre falls negativ, dann aber zunehmend auch



Ethendy A, J Am Coll Cardiol. 2001;37:1551-7

Bringt Revaskularisieren etwas?

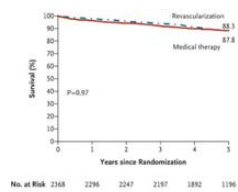
BARIZ, NEJM 2009, 360: 2503



Bringt Revaskularisieren etwas?

Bei akutem Koronarsyndrom/Herzinfarkt: JA!

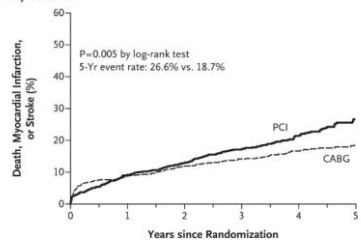
Bei stabiler Herzkrankheit: weniger klar



BARIZ, NEJM 2009, 360: 2503

Chirurgie vs Stents: Freedom Studie

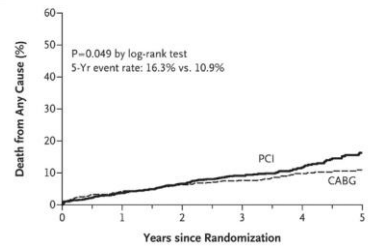
A Primary Outcome



No. at Risk						
PCI	953	848	788	625	416	219
CABG	947	814	758	613	422	221

Freedom Studie

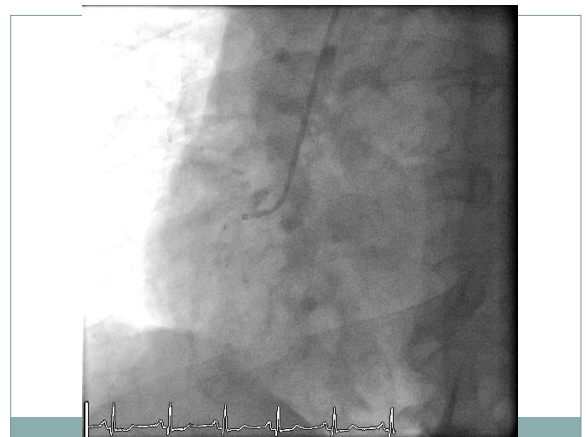
B Death

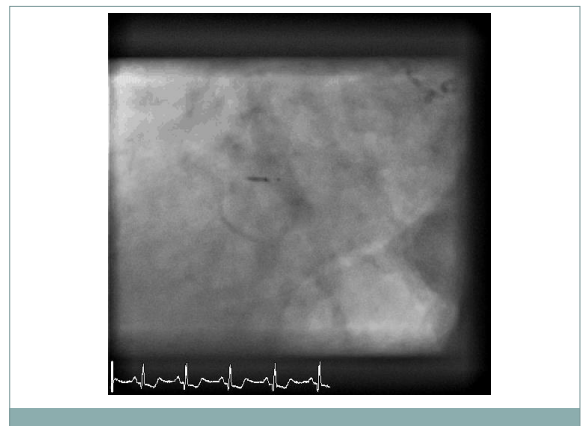
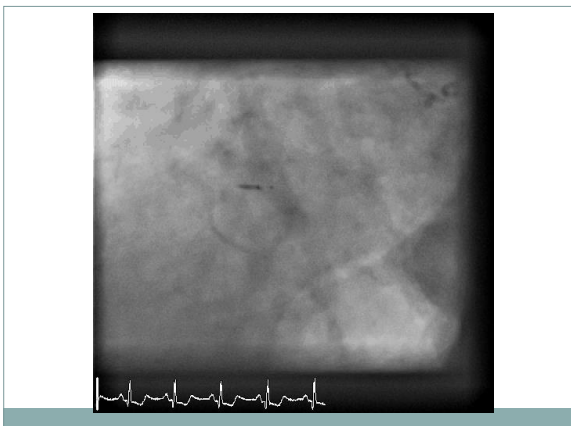
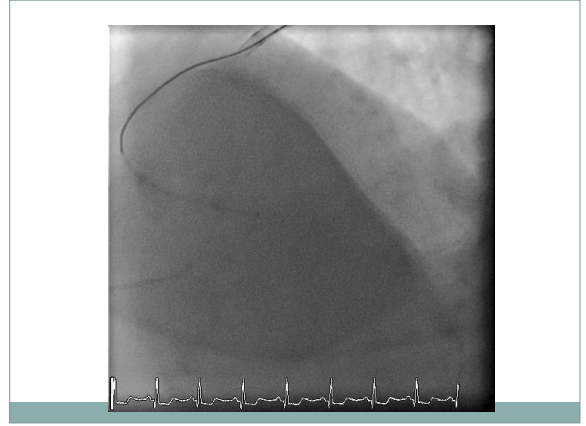
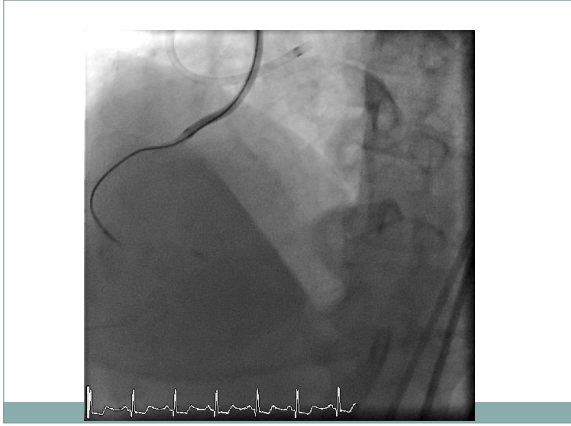


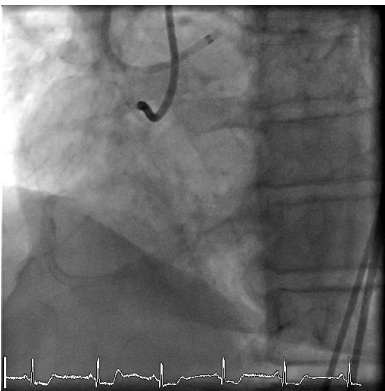
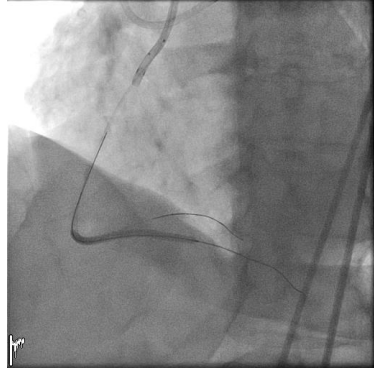
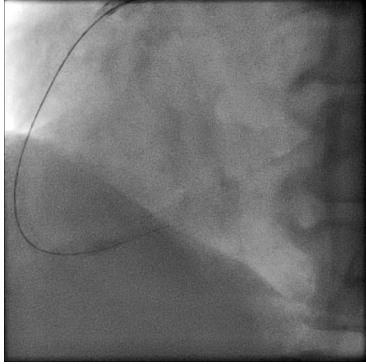
No. at Risk						
PCI	953	897	845	685	466	243
CABG	947	855	806	655	449	238

Frau R., 1958

- Routine Kontrolle, keine Beschwerden, etwas mehr Dyspnoe in letzter Zeit, gelegentliches thorakales Stechen.
- Diabetes Typ 2 seit 10 Jahren, Hypertonie.
- Glucophage seit 10 Jahren, Insulin seit 2 Jahren.







Schlussfolgerung

- Extra Vorsicht bei Diabetikern, Risiko-Einschätzung (Score)
- Sorgfältige Suche nach Symptomen und Organschäden
- Bei Hochrisiko: Herz- Untersuchung selbst ohne Symptome erwägen
- Gute Medikamentöse Therapie!
- Falls Revaskularisation: gutes Abwägen Chirurgie versus Stents