

Risiko nach Infarkt und Bypass

Für Patienten nach durchgemachtem Herzinfarkt oder aortokoronarer Bypass-Operation ist es entscheidend, daß durch optimalen Einsatz diagnostischer Möglichkeiten ihr kardiales Risiko bestimmt und entsprechende therapeutische Maßnahmen sowie die baldige Rehabilitation in das Berufsleben eingeleitet werden. Die Autoren legen dazu eine schrittweise Strategie vor. Das kardiale Risiko nach einem Myokardinfarkt wird im wesentlichen bestimmt durch das Ausmaß der Ischämie und der Funktionseinbuße des linken Ventrikels. Unterscheidung zwischen Infarktpatienten mit hohem und niedrigem Risiko hat bei der großen Zahl von Patienten, die einen Herzinfarkt überleben (in den USA schätzungsweise 800 000 pro Jahr) oder einer aortokoronaren Bypass-Operation unterzogen werden (in den USA pro Jahr um 180 000) unter anderem auch bedeutende ökonomische Konsequenz.

Patienten mit niedrigem Risiko benötigen gegenüber jenen mit mittlerem bis hohem Risiko geringere intensivmedizinische Betreuung, Diagnostik und therapeutische Interventionsmaßnahmen. Der klinische Verlauf nach Infarkteintritt und gezielte diagnostische Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt erlauben eine Einteilung der Patienten in drei Risikogruppen. Dabei gehen die Autoren besonders auf den Stellenwert auch nicht-invasiver Methoden, wie definierter ergometrischer Belastungen sowie Thalliumperfusionsszintigraphie und Radionuklidventrikulographie ein. So können etwa drei Wochen nach dem Infarkt die drei Risikogruppen bestimmt werden. Etwa 50 von 100 Patienten mit niedrigem Risiko haben eine Ein-Jahres-Letalität von < 2 Prozent. Etwa 30 Patienten haben ein mittleres bis hohes Risiko (10–25 Prozent Ein-Jahres-Letalität), und etwa 20 Patienten mit hohem Risiko

haben eine Letalität im ersten Jahr von über 25 Prozent. Die Autoren heben hervor, daß Patienten, bei denen durch nichtinvasive Untersuchungsmethoden pathologische Befunde erhoben werden, baldmöglichst koronarangiographiert werden, um sie einer gegebenenfalls möglichen PTCA oder notwendigen aortokoronaren Bypass-Operation zuzuführen.

Die in der Regel korrekte klinische Beurteilung der Belastbarkeit der Infarktpatienten kann durch ergometrische Untersuchungen weiter spezifiziert werden. Die submaximale Belastung gibt einen guten Anhalt für das Vermögen des Patienten, übliche Tätigkeiten des täglichen Lebens wieder aufzunehmen. Durch ausführliche Erläuterungen der Ergebnisse durch den Arzt kann das Selbstvertrauen der Patienten und seiner Angehörigen gestärkt werden. Individuell verordnetes körperliches Training, beginnend etwa drei Wochen nach unkompliziertem Myokardinfarkt, unterstützt die innerhalb der ersten drei Monate sich erholende Pumpfunktion des Herzens. Das körperliche Training kann in Gruppen, aber auch einzeln durchgeführt werden, wenn individuelle Anweisungen gegeben werden (maximale Pulsrate etc.). Etwa 90 Prozent der Infarktpatienten mit niedrigem Risiko können an ihren vorherigen Arbeitsplatz zurückkehren. Auch bei der Frage nach dem Zeitpunkt der Rückkehr an den Arbeitsplatz hilft das Ausmaß des erreichten körperlichen Trainings und das Ergebnis der Belastungstests in Abstimmung mit der individuell beruflichen Anforderung.

Die Bedeutung postoperativer ergometrischer Belastungen und anderer nichtinvasiver Untersuchungsmethoden nach erfolgter aortokoronarer Bypass-Operation ist noch nicht eindeutig geklärt. Trotzdem können sie herangezogen werden, um die Funktionskapazität zu bestimmen und entsprechende Empfehlungen zur Belastbarkeit geben zu können. Diese

ähneln denen für die Phase nach einem akuten Myokardinfarkt. Bei körperlichem Training sind Übungen zu vermeiden, die das Verheilen der Sternotomienarbe beeinträchtigen können. Für die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gelten im wesentlichen dieselben Grundsätze wie nach durchgemachtem Myokardinfarkt. Wundbedingte Schmerzen können vom Patienten als prektanginöse Beschwerden fehlinterpretiert werden. Etwa vier bis sechs Wochen postoperativ durchgeführte ergometrische Belastungen können eine orientierende Hilfe sein, ob noch kardial bedingte Symptome vorliegen. Im übrigen müssen sich die individuellen Empfehlungen nach dem Ausmaß der Koronarverschlüsse, der präoperativen Einschränkung der linksventrikulären Funktion, der Anzahl der angelegten Bypässe und dem Ausmaß der perioperativen Ischämie richten. kue

DeBusk, R. F.: Identification and treatment of low-risk patients after acute myocardial infarction and coronary artery bypass graft surgery. *New Engl. J. Med.* 314 (1986) 161–166.

Dr. R. F. DeBusk, 730 Welch Rd., Palo Alto, CA 94304

AIDS auch in Ost-Afrika

Das erworbene Immundefekt-Syndrom (AIDS) tritt in Zentralafrika epidemieartig auf. Über die Ausbreitung in angrenzenden afrikanischen Staaten ist noch wenig bekannt. Es besteht die Annahme, daß Reisende, die häufig Kontakte mit Prostituierten haben, zu einer Verbreitung der Erkrankung beitragen. Deshalb wurde die Häufigkeit von Antikörpern gegen HTLV-III im Serum bei Prostituierten in Nairobi untersucht. Noch Anfang 1985 waren hier nur vereinzelt AIDS-Fälle bekannt.

Klinisch und serologisch wurden vier Gruppen untersucht. Dies waren 64 Prostituierte aus sozio-ökonomisch eher schlechteren Verhältnissen, 26 Prostituierte auf höherem sozioökonomischen Niveau

und 40 Männer, die wegen Beschwerden im Genito-Urethraltrakt in einer speziellen Klinik gesehen wurden. Als Kontrollgruppe fungierten 42 Medizinstudenten bzw. medizinisches Personal. 66 Prozent der ersten Gruppe waren HTLV-III positiv, 31 Prozent der zweiten Gruppe und 8 Prozent der männlichen Patienten. In der Kontrollgruppe fand sich eine seropositive Person (2 Prozent).

Bei allen Untersuchten mit positivem Befund für HTLV-III war das Verhältnis T-Helferzellen zu T-Supressorzellen erniedrigt. Keine der positiven Personen zeigte opportunistische Infektionen, ein Kaposi-Sarkom oder andere Krankheitssymptome. Eine generalisierte Lymphadenopathie lag jedoch bei seropositiven Personen in 52 Prozent der ersten, 63 Prozent der zweiten Gruppe und 67 Prozent der männlichen Patienten vor. Assoziationen des Serumbefundes mit Alter, Dauer der Prostitution, Anzahl der Sexualpartner, Nationalität, Impfstatus, anamnestiche Infektionen oder Transfusionen, Operationen, Interruptione oder Zahnextraktionen bestanden nicht. Seropositive Prostituierte hatten allerdings häufiger andere sexuell übertragbare Erkrankungen wie Gonorrhoe, Syphilis oder genitale Ulzerationen.

Prostituierte in afrikanischen Städten wie Nairobi, Kigali und Kinshasa stellen offenbar ein Reservoir für das HTLV-III dar. Mit einer Verbreitung durch heterosexuelle Männer ist zu rechnen. Das Verhältnis weiblicher zu männlichen AIDS-Patienten von 1 zu 1 in Afrika im Vergleich zu 1 zu 16 in den USA läßt vermuten, daß eine perinatale Übertragung möglich sein könnte. Die Autoren meinen, daß dringend staatliche Gesundheitserziehung notwendig sei, um der Ausbreitung der Erkrankung Einhalt zu gebieten. kue

Kreiss, J. K.: AIDS Virus Infections In Nairobi Prostitutes, Spread of the Epidemic to East Africa. *N. Engl. J. Med.* 314 (1986) 414-418

ZA-92, Harborview Medical Center, 325 Ninth Ave., Seattle, WA 98104.

Immunaugmentative Therapie

Bei dieser das Immunsystem angeblich stimulierenden Therapie handelt es sich um eine nicht wissenschaftlich geprüfte Krebsbehandlung, die bis vor kurzem von dem Zoologen Dr. Lawrence Burton in dem Immunology Researching Center in Freeport, Bahamas, durchgeführt wurde. Die Therapie besteht in der Serummessung gewisser „Immunmängel“ und soll die Immunktion durch Injektionen von Produkten aus Tumorgewebe und Blut von Krebspatienten und von freiwilli-

gen gesunden Personen wiederbeleben. Diese Therapie stellt jedoch ein potentiell ernstes, öffentliches Gesundheitsrisiko dar, seit erkannt wurde, daß hierbei Hepatitis B und der vermutete ätiologische Erreger des AIDS übertragen werden kann. Ärzte sowie Gesundheitsbehörden sind davon unterrichtet, daß die Wirksamkeit bisher nicht nachgewiesen wurde und das Risiko, kontaminiertes Blut zu erhalten, erheblich ist. Lng

Curt, G. A.; Katterhagen, G.; Mahaney, F. X.: Immunaugmentative Therapy, *JAMA* 24/31 (1986) 255, 505-507 - Dr. G. A. Curt, Division of Cancer Treatment, National Cancer Institute, Bldg. 31, Room 3A-49, 9000 Rockville Pike, Bethesda, MD 20205, U.S.A.

NOTIZ

Bisoprolol bei chronisch obstruktiver Bronchitis?

Zu einem entsprechenden Inserat schreibt uns Dr. Köhler:

„Die Anwendung von Beta-Blockern – auch solchen mit hoher Beta₁-Selektivität – sollte bei Patienten mit chronischer Bronchitis und insbesondere mit chronisch obstruktiver Bronchitis grundsätzlich unterlassen werden. Diese Tatsache wird in der Anzeige über die Einführung des neuen Beta-Blockers Concor® (Bisoprolol) bagatellisiert, indem Bisoprolol in erniedrigter Dosierung auch bei Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Angina-pectoris-Beschwerden empfohlen wird.

Es gibt Studien (für andere Beta₁-selektive Blocker), die gezeigt haben, daß es unter Normalbedingungen zu keinem wesentlichen Anstieg des Atemwegswiderstandes kommt. Allerdings wird hier verschwiegen, daß durch den Beta-Blocker die bronchodilatatorischen Reserven im Falle einer Exazerbation der Bronchitis drastisch reduziert sind. Die Patienten zeigen zum Beispiel bei einem grippalen Infekt eine oft sehr rasch einsetzende Zunahme der

bronchialen Obstruktion, die sich häufig nur durch intensivmedizinische Maßnahmen (einschließlich Intubation) beherrschen läßt. Mir selbst sind vier solche Fälle mit schweren Komplikationen bekannt, von denen einer verstorben ist. Alle vier waren Patienten im mittleren Lebensalter, die in der Regel wegen einer Hypertonie einen Beta-Blocker erhielten, zusätzlich weiter rauchten und die Symptome einer chronischen Bronchitis hatten. Alle vier bekamen eine akute Obstruktion im Rahmen eines grippalen Infektes.

Die Erweiterung eines Indikationsgebietes für selektive Beta₁-Blocker auf Patienten mit chronischer (obstruktiver) Bronchitis ist medizinisch auch in keiner Weise relevant, da in *jedem* Falle alternative Medikamente zur Verfügung stehen (zum Beispiel Kalzium-Antagonisten, Nitrate, Molsidomin, zentrale und periphere Alpha-Blocker usw.).“

Privatdozent Dr. med.
Dieter Köhler
Innere Medizin,
Lungen- und Bronchialheilkunde
Leitender Pneumologe
des Fachkrankenhauses
Kloster Grafschaft
5948 Schmalleberg 11