

Perioperativer Myokardinfarkt: Wichtige Zahlen für hausärztliche Aufklärung



Foto: fotolia/Volker Werner

Die Zahl der Menschen, die sich weltweit einer Operation (unter Ausschluss von Eingriffen am Herzen) unterziehen, übersteigt 200 Millionen – im Englischen firmiert der Fachbegriff unter „major noncardiac surgery“. Bereits seit den frühen 90er Jahren ist bekannt, dass das Risiko eines perioperativen (= bis zum 30. postoperativen Tag) Myokardinfarkts bis zu 5% betragen kann, wobei – selbstredend – Patienten mit bekannter koronarer Herzkrankheit am stärksten gefährdet sind.

Eine Gruppe von Wissenschaftlern aus Kanada, Indien, Spanien, Australien, Brasilien und China hat jetzt eine Studie mit 8.351 Patienten über 45 Jahren mit Risiken bzw. einer Anamnese einer arteriosklerotischen Erkrankung aus 190 Zentren in 23 Ländern vorgelegt. Die Autoren wollten prüfen, welche Charak-

teristika und kurzfristige Prognose perioperativ aufgetretene Herzinfarkte bei dieser Population aufweisen.

Bei allen Patienten in der Studie wurde sowohl 6–12 Stunden als auch am ersten, zweiten und dreißigsten Tag nach Operation ein EKG abgeleitet und der Troponin-Spiegel bestimmt (bei Nichtverfügbarkeit das CK-MB).

Die von der Arbeitsgruppe genutzte Definition der diagnostischen Kriterien eines perioperativen Myokardinfarkts umfasste folgende Kriterien:

- Autopsiebefund eines akuten Herzinfarkts oder erhöhter Troponin- bzw. Enzymspiegel und zusätzliche Präsenz von mindestens einem weiteren von vier Kriterien (ischämische Zeichen, Symptome wie Brust-/Arm-/Kieferschmerzen, Kurzatmigkeit, Lungenödem)
- Entwicklung pathologischer Q-Zacken im EKG (25% der R-Zacke und breiter als 0,04 sec)
- Andere EKG-Zeichen einer Ischämie
- Koronare Intervention
- Neu aufgetretene, abnorme Wandbeweglichkeit im Echokardiogramm bzw. Szintigramm.

Innerhalb von 30 Tagen wiesen 415 Patienten (5%) einen Myokardinfarkt auf, drei Viertel innerhalb der ersten 48 Stunden. 65% dieser Patienten hatten keinerlei ischämische Beschwerden.

Bei den Infarktpatienten betrug die 30-Tages-Mortalität 11,6%, bei den Patienten ohne Infarkt 2,2%. Die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen symptomatischen (9,7%) und asymptomatischen Patienten (12,5%) waren nicht signifikant.

Die Autoren empfehlen grundsätzlich bei allen Patienten mit manifester arteriosklerotischer Erkrankung oder anamnestischen Risikofaktoren die serielle Bestimmung des Troponinspiegels in angemessenen Abständen – wobei vor Ablauf von 6–12 Stunden nach einem Ereignis kein relevanter Anstieg zu erwarten ist.

Die publizierten Zahlen erscheinen nicht nur für die chirurgische/anästhesiologische, sondern auch für die hausärztliche Aufklärung vor Operationen wichtig.

Devereaux PJ et al. Characteristics and short-term prognosis of perioperative myocardial infarction in patients undergoing noncardiac surgery. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 523–528

Fehlerhafte Hüftprothesen: Hersteller wollen sich aus Haftung stehlen

Im Jahre 2009 wurden in Deutschland 209.000 Hüftprothesen eingesetzt (Tendenz stark steigend). Die dabei für die gesetzlichen Krankenkassen entstehenden Kosten beliefen sich auf 1,6 Milliarden Euro. 30.000 nötige Revisionsoperationen kosteten weitere 330 Millionen Euro. In Bezug auf den Austausch der Implantate soll Deutschland mit an der Spitze aller vergleichbaren Länder liegen.

Das Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* berichtete kürzlich über die Versuche

von Herstellern fehlerhafter Hüftprothesen, sich aus der Haftung zu stehlen. Dabei geht es in erster Linie um eine Prothese der Firma DePuy, einer Tochter des US-Unternehmens Johnson & Johnson. Die Muttergesellschaft versucht laut Bericht, mit Krankenhäusern eine „Schadensregulierung“ zu vereinbaren – offenbar an vielen betroffenen Patienten vorbei, die nicht darüber informiert sind, dass bei Ihnen ein mangelhaftes Produkt



Foto: fotolia/psdesign1

implantiert wurde. Der Report kann frei heruntergeladen werden:

<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-78076148.html>