

hüllt werden, evtl. auch auffällige Zeichen in der pulmonalen Gefäßstruktur mit dem Verdacht auf pulmonale Hypertonie.

Eine differenzialdiagnostische Herausforderung ist der Patient mit funktioneller Leistungseinschränkung. Hier teilt sich die Frage: Dekonditionierung mit begleitender Dyspnoe oder kardiale Störung?

Die Crux von Belastungstests bei Dicken

Eckpfeiler der nicht invasiven Diagnostik ist auch bei morbid Adipösen der Belastungstest, um Ischämien bei Personen mit latenten hämodynamischen Störungen zu provozieren. Für diese Fälle gibt bislang noch keine speziellen Richtlinien für Belastungstests. Man ist sich allerdings einig, dass die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit ein erster Schritt bei allen Patienten sein soll, die für nicht kardiale Operationen vorgese-

hen sind. Das kadiorespiratorische Fitnesslevel schwer adipöser Patienten ähnelt dem von herzinsuffizienten Patienten im fortgeschrittenen Alter, die Leistungsfähigkeit ist invers korreliert mit dem BMI.

Problematisch wird das diagnostische Procedere, wenn das Echofenster zu eng wird und die Belastungsfähigkeit aufgrund des Gewichts oder orthopädischer Limits gegen Null geht. Hinzu kommt, dass viele Kliniken nicht auf ein XXL-Klientel mit den entsprechend dimensionierten Gerätschaften, Betten und Operationstischen eingerichtet sind. Natürlich muss in diesem Zusammenhang die Frage erörtert werden, wie weit die Diagnostik überhaupt getrieben werden soll. Resultieren überhaupt therapeutische Konsequenzen, etwa die Gabe von Betablockern oder eine Revaskularisation? Fakt ist, dass die Kardiomyopathie bei Adi-

pösen wie auch bei Diabetikern oder eine chronische Myokardischämie (hibernating myocardium) zu einer Herzinsuffizienz führen. Hier besteht Abklärungsbedarf, wenn nicht per Ergometer, dann mit pharmakologischen Tests (transösophageale Dopamin-Stress-Echokardiografie) oder wenn möglich mit einer Kombination aus pharmakologischem und Belastungstest.

Da die Erfolge der Adipositaschirurgie nicht nur hinsichtlich der radikalen Gewichtsregulation frappierend sind, sondern auch der gesamte Stoffwechsel in die richtige Richtung geführt wird – man spricht deshalb auch schon von „metabolischer Chirurgie“ – ist es umso wichtiger, durch präoperatives Screening bzw. Management jene Patienten zu selektieren, die viel gewinnen und nur wenig verlieren können.

Dr. med. Jochen Aumiller

Buchbesprechung

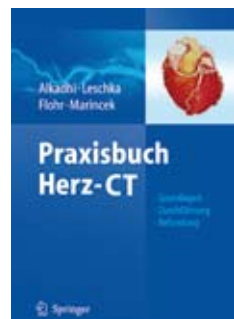
Praxisbuch Herz-CT

Von **Alkadhi, Leschka, Flohr und Marincek**
Springer Medizin Verlag GmbH
 2009; 178 S., 134 Abb., geb., EUR 59,95,-
 ISBN 978-3-540-88956-4

Die Intention des vorliegenden Buches ist es, eine praxisrelevante Darstellung über die kardiale Bildgebung mittels Herz-CT zu geben.

Sehr positiv hervorzuheben sind die physikalischen Grundlagen, die in einfacher, prägnanter und vor allem gut verständlicher Art dargestellt sind. Hierbei finden auch moderne Techniken wie die des Dual Source-CT Beachtung. Das Kapitel „Anatomie des Herzens und der Koronarien“ verdient besondere Erwähnung. CT-Bildern werden anatomische Schemazeichnungen gegenübergestellt. Diese Darstellung ist sehr verständlich, einfach und didaktisch sehr gut ausgearbeitet und somit – gerade für Beginner – von großer praktischer Bedeutung.

Die Aussagen des Kapitels „Calcium-Scoring“ sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Ein Calcium-Score oberhalb der 75. Perzentile bedeutet nicht notwendigerweise,



dass eine hochgradige Stenose vorliegt. Diese Tatsache wird leider nicht klar dargestellt und könnte dazu führen, dass die Anzahl unnötiger Herzkatheteruntersuchungen steigt. Ebenso

sprechen die Autoren von einer Regression der Kalklast bei effektiver „Lipidtherapie“, was so in der aktuellen Literatur nicht belegt ist.

Die Indikationsstellung zur Durchführung einer CT-Angiografie könnte noch verbessert werden. Im Kapitel „Beurteilung von Stents“ bekommt der Leser den Eindruck, dass die Beurteilung der Stent-Offenheit problemlos per CT-Angiografie gelingt. Es wird von einem „Run-off“ aus dem Stent gesprochen, wohlwissentlich, dass eine CT-Angiografie keine Flussinformationen liefert. Problematisch sind auch immer die Abschnitte über die sogenannten Komplikationen. Diese beziehen sich nicht auf Komplikationen der CT-Angiografie, wie man eigentlich denken sollte, sondern auf Komplikationen der Bypasschirurgie

oder der Stentimplantation, die nicht in dieses Buch gehören.

Ein weiterer Kritikpunkt beinhaltet die Klappenbeurteilung mittels CT. Der Leser bekommt den Eindruck, dass die Durchführung eines CT die Standarduntersuchung bei Klappenvitien darstellt. Auch werden Aussagen gemacht, die durch keine Literaturangaben untermauert werden können. (Zitat: „Das Ausmaß der Aortenklappenverkalkung korreliert mit dem kardiovaskulären Risikoprofil, dem Ausmaß der generalisierten Arteriosklerose sowie der Koronarsklerose des Patienten.“)

Fazit:

Der Grundlagenteil sowie das Kapitel über die Anatomie des Herzens und der Koronararterien sind sehr gut gelungen und daher gerade zur Einarbeitung in die tomografische Anatomie hervorragend geeignet. Der klinische Teil aber weist Schwachstellen auf. Hier muss dem nicht erfahrenen Leser dringend empfohlen werden, die Befunde mit „seinem“ Kardiologen zu besprechen.

Priv.-Doz. Dr. med. Barbara M. Richartz,
Prof. Dr. med. Sigmund Silber
 Herzdiagnostikzentrum
 Tal 34, D-80331 München