

Vulnerable Phase bei Herzinsuffizienz

Das Leitlinien-Herzinsuffizienz-Update ermöglicht es, Betroffene besser zu versorgen. Prof. Michael Böhm vom Uniklinikum des Saarlandes spricht konkrete Punkte zur Umsetzung an.

Ein häufiges Argument gegen eine Intensivierung der Behandlung lautet „mein Patient mit Herzinsuffizienz ist stabil“. Dabei weiß man, dass 50% aller Todesfälle bei Herzschwäche in einer stabilen Situation auftreten. Leitlinien-Medikamente reduzieren in diesen Fällen die Risiken für plötzlichen Herztod um ca. 20%.

In einer vulnerablen Phase zwei bis drei Monate nach einer Dekompensation ist die Sterblichkeit hoch. Daher empfehlen die Leitlinien einen raschen Schutz durch frühe vollständige Behandlung. Die Therapie mit allen vier empfohlenen First-Class-Medikamenten sollte im Krankenhaus begonnen und die Aufdosierung innerhalb von sechs bis acht Wochen unter engmaschiger Kontrolle abgeschlossen sein. „Wir müssen den Schutz in der vulnerablen Phase rasch hochfahren“, meint Böhm.

Empfehlung für SGLT2-Inhibitoren

Alter, eingeschränkte Nierenfunktion und niedriger Blutdruck werden oft als Barrieren für eine komplette Therapie angesehen. Zu Unrecht: Bei den Erstlinien-Medikamenten steht die Ampel bis zu einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate von 30 ml/min/1,73 m² auf grün. Ebenso wie bei eingeschränkter Nierenfunktion ist das absolute Risiko im Alter und bei niedrigem Blutdruck höher. Der relative Therapieerfolg bleibt aber konstant, so dass der absolute Nutzen für Ältere und Menschen mit niedrigem Blutdruck höher ist, sagt Böhm.

Neu ist die Klasse-1-A-Empfehlung für die evidenzbasierte Behandlung mit SGLT2-Inhibitoren bei Herzinsuffizienz mit leicht reduzierter (HFmrEF) oder erhaltener Ejektionsfraktion (HRpEF). Substanzen wie Empagliflozin (Jardiance®) oder Dapagliflozin haben hier Böhm zufolge gezeigt, dass sie die Prognose und die Lebensqualität verbessern. Sie sind bei Herzinsuffizienz immer erste Wahl.

„Herzinsuffizienz: Management einer komplexen Erkrankung“ im Rahmen der DGK-Frühjahrstagung, Mannheim 4. April 2024. Veranstalter: Boehringer Ingelheim, Ingelheim am Rhein & Lilly Deutschland GmbH; Bericht: Dirk Einecke

Hepatitis-A-Infektion

Jetzt gegen „Reisehepatitis“ impfen

Die Infektionsgefahr mit Hepatitis A wird selbst von Fachleuten unterschätzt, berichtete Dr. Rainer Günther, Universitätsklinikum Kiel.

Der Hepatologe stellt den Fall eines 45 Jahre alten Arztes vor, der sich während eines Urlaubs in Südfrankreich beim Austern-Essen mit Hepatitis A infizierte. In der dritten Urlaubswoche traten ein starkes Krankheitsgefühl und Gelenksbeschwerden auf. Das Ehepaar musste den Urlaub abbrechen, in der Kieler Ambulanz wurde eine akute Hepatitis A diagnostiziert. Ganz untypisch ist der Fall nicht, denn rund 30–40% der gemeldeten Hepatitis-A-Infektionen erfolgen im Ausland [1]. „Insbesondere aus dem Mittelmeerraum kommen regelmäßig importierte Fälle von He-

patitis-A-Infektionen nach Deutschland“, bestätigt Günther.

Laut STIKO zählt die Impfung gegen Hepatitis A (und B) zur Standardimpfung für Reisende in Endemiegebiete [2]. Bei Lebererkrankungen, beruflichen Risiken oder besonderen Risikogruppen (z.B. Substanzabusus, Männern, die Sex mit Männern haben) ist sie ebenfalls indiziert. Dafür steht eine Mono-Impfung gegen Hepatitis A (z.B. Havrix®) oder eine Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B (Twinrix®) zur Verfügung.

Digitales Pressegespräch „Reiserisiko Hepatitis A: Übertragungswege, Krankheitslast und Beispiele aus der Klinik“, am 20.06.2024. Veranstalter: GlaxoSmithKline; Bericht: Dr. Marion Hofmann-Abmus; 1. RKI Epid Bull 06/2023; 2. RKI Epid Bull 14/2024

Beim Stechen und beim Entfernen

Dexpanthenol bei Tattoos im Vorteil

Jede zehnte Person in Deutschland hat mindestens ein Tattoo, sagt Dermatologe Prof. Gerber, Düsseldorf. Einer von zehn wiederum will dieses wieder loswerden.

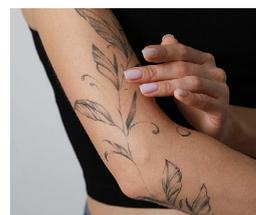
Die Tattoo-Entfernung erfolge mit Lasern, deren Wellenlänge auf die Tattoo-Pigmente eingestellt sind. Die pigmenthaltigen Zellen würden lysiert, das Immunsystem transportiere die Pigmente ab, erklärt Gerber, der hier von epidermalem Shuttling sprach. Ziel der Nachbehandlung sei es, die Wunden vor Infektionen und freien Radikalen zu schützen und das Remodeling der Haut zu fördern.

Die Wundheilung unterstützen
Dexpanthenol-haltige Salben oder Cremes (wie Bepanthen®) unterstützen die Wund-

heilung und seien leitliniengerechter Goldstandard der Nachsorge [1], erklärt Gerber. In einer Vergleichsstudie an einem dreidimensionalen Hautmodell in vitro sei Dexpanthenol Vaseline deutlich überlegen gewesen [2].

Auch in der Nachsorge frisch tätowierter Hautstellen habe sich Dexpanthenol bewährt, meint der Dermatologe. Nach 14 Tagen sei die Hautbarriere komplett wiederhergestellt. Dies wurde anhand des transepidermalen Wasserverlustes (TEWL) gezeigt. Nach dem Stechen war der TEWL siebenfach erhöht, an Tag 14 wieder auf Ausgangsniveau [3].

„Tattoo-Nachsorge mit Bepanthen®, im Rahmen der 29. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, 11. Juni 2024 online, Bayer Vital GmbH; Bericht: Dr. Michael Hubert; Literaturliste beim Verlag



© New Africa / Stock.adobe.com