

Die Kardiomyopathien

Die Kardiomyopathien stellen eine Gruppe von Herzerkrankungen mit unterschiedlichen Ethnologien dar, in der die ursprüngliche und vorherrschende Ursache die Beeinträchtigung des Myokardes (Herzmuskel) ist. Nachträglich können sie sich in Herzinsuffizienz entwickeln.

Sie können:

- Primär sein - oder idiopathisch, also ohne eine bekannte Ursache
- Sekundär neben anderen Erkrankungen:
 - Metabolische Erkrankungen: ernährungsbedingt, endokrin usw.
 - Systemische Erkrankungen: Kollagenkrankheiten, Neoplasien usw.
 - Neurologische, neuromuskuläre, muskuläre Erkrankungen: Dystrophien, Ataxien, Myopathien usw.
 - Vergiftungen: medikamentös, biologisch
 - Erkrankungen wegen physikalischen Agens: Strahlungen

Die Kardiomyopathien teilen sich in:

- Die hypertrophe obstruktive und nichtobstruktive Kardiomyopathie
- Die restriktive Kardiomyopathie
- Die dilatative Kardiomyopathie ein

A. Die hypertrophe Kardiomyopathie

Die hypertrophe Kardiomyopathie ist eine Myokarderkrankung unbekannter Ursache (meistens genetisch), welche sich durch die Verdickung (Hypertrophie) des ventrikulären Myokardes und der wichtigen Desorganisation der Myokardarchitektur (Herzmuskel) kennzeichnet. Die Hypertrophie kann symmetrisch sein, einheitlich verteilt, oder asymmetrisch, wobei sie insbesondere die Scheidenwand (die Trennwand zwischen den beiden Herzkammern) beeinträchtigt und den Verschluss der linken Herzkammer verursacht, wobei somit die hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie erzeugt wird.

Die Symptome schwanken von deren Abwesenheit zur Müdigkeit bei progressiv kleineren Anstrengungen, der Anwesenheit der Dyspnoe (Atemnot), der Anwesenheit der Angina pectoris, Schwindel, Synkope (Bewusstlosigkeit), Herzklopfen, Ermüdbarkeit.

Der Verdacht entsteht aufgrund der körperlichen Untersuchung: die Anwesenheit eines systolischen Rauschens, die EKG Prüfung (welche bei 80-90% der Fälle verändert ist). Die Diagnose wird durch Herzultraschall gestellt. Man bestimmt den Verdickungsgrad des Herzkammermyokardes, sowie den Verschlussgrad bei der Entleerung der linken Herzkammer (sehr wichtige Elemente für die therapeutische Entscheidung).

Bei den Patienten mit der Diagnose der hypertrophen Kardiomyopathie ist die Untersuchung der Familienmitglieder (Eltern/Kinder/Geschwister) unabdingbar, da die Erkrankung vorwiegend genetisch übertragen wird.

Das Fortschreiten der Krankheit ist variabel und unvorhersehbar, wobei die Sterblichkeit ungefähr 3-4% im Jahr beträgt. Im Allgemeinen ist der Tod wegen den Rhythmusstörungen (Herzkammerflimmern) plötzlich.

Die Faktoren, welche für einen plötzlichen Tod anfällig machen:

- Bedeutend:
 - Herzversagen in der Vorgeschichte
 - Unterbrochene/ anhaltende Herzkammer-Tachykardie, durch EKG, Holter EKG usw. nachgewiesen
 - Familiengeschichte von plötzlichem Tod
 - Unerklärbare Synkope (Bewusstlosigkeit)
 - Dicke der Herzkammerwand über 30 mm (echokardiografisch nachgewiesen)
 - Anormale Abnahme des Blutdruckes bei körperlicher Anstrengung
- Möglich:
 - Vorhofflimmern
 - Myokardischämie
 - Verschlussgrad bei der Entleerung der linken Herzkammer - echokardiografisch gemessen oder bei Herzkatheterismus
 - Übermäßige Anstrengung (bei Wettbewerben)

Die Behandlung ist:

- Mit Arzneimitteln: Betablocker, antiarrhythmisch
- Eingreifend: perkutane Embolisierung mit Alkohol der Scheidewandader
- Chirurgisch: Myomektomie der Scheidewand, Ersatz der Mitralklappe
- Implantat eines Zweikammerschrittmachers: in bestimmten Situationen

Alle Patienten über 40 mit der Diagnose der hypertrophen Kardiomyopathie, mit Episoden von retrosternalem Schmerz oder mit Risikofaktoren für die ischämische Herzkrankheit benötigen eine Koronarografie.

B. Die dilatative Kardiomyopathie

Sie ist eine Erkrankung, die sich durch die Zunahme der linken oder/ und rechten Herzkammer kennzeichnet. Sie kann sich des Fortschreitens anderer Herzkrankheiten verdanken: die ischämische Kardiopathie mit oder ohne Myokardinfarkt, Klappenfehler, angeborenen Kardiopathien, Bluthochdruck, sonstigen Nicht-Herzkrankheiten: neurologisch, Entzündungen (Kollagenkrankheiten, autoimmun usw.), infektiös (Viren, Bakterien, Pilze, Schmarotzer usw), metabolisch (Zuckerkrankheit, Drüsen, Ernährungsmängel), toxisch (Alkoholverbrauch, Arzneimittel, Drogen usw.), oder sie kann idiopathisch sein (ohne eine bekannte Ursache).

Die Anzeichen und Symptome können von deren Abwesenheit zu Erscheinungen von Herzinsuffizienz wegen der Beeinträchtigung der linken Herzpartie schwanken: linke Herzkammer und Vorhof (Müdigkeit bei progressiv kleineren Anstrengungen und im Ruhezustand, Dyspnoe - ursprüngliche Atemnot bei nachträglicher Anstrengung, je mehr die Krankheit fortschreitet, zu täglichen Anstrengungen für körperliche Ertüchtigung oder im Stillstand, bis zu akutem Lungenödem) und nachträglich wegen der

Beeinträchtigung der rechten Herzpartie: rechte Herzkammer und Vorhof (Flüssigkeitsansammlung in den unteren Gliedmaßen, Lungen, im Herz, Unterleib, Zunahme der Leber).

Je mehr die Krankheit fortschreitet können Komplikationen erscheinen, und zwar:

- Systemische/Lungenembolien: Bildung von Blutgerinnsel, welche in den Blutkreislauf gelangen und den Verschluss (die Verstopfung) der Hirnschlagadern verursachen (mit der Bildung von Schlaganfällen), der unteren/ oberen Gliedmaßen (akute Ischämie der unteren/ oberen Gliedmaßen) oder in anderen vaskulären Bereichen;
- Arrhythmien: insbesondere Vorhofflimmern, supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystolen, Herzkammertachykardie, Herzkammerflimmern;
- Plötzlicher Tod.

Untersuchungen

- EKG
- Echokardiografie
- Koronarografie
- Holter EKG

Die Behandlung richtet sich nach dem Stadium der Krankheit und setzt folgende Kombination voraus:

- Arzneimittel: Betablocker, Diuretika, Konversionsenzym-Hemmer, digital, Aggregationshemmer, Statine, Nitrate, gerinnungshemmende Mittel (je nach der Ursache, dem Vorhandensein von Komplikationen und den assoziierten Krankheiten);
- Das Implantat eines Herzdefibrillators: für die Vorbeugung des plötzlichen Todes;
- Ventrikuläre Hilfsgeräte;
- Herztransplantat.