



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Pressetext DGK 04/2007*

## **Risiko Koronarkalk**

### **Statement von Prof. Dr. Werner G. Daniel / Erlangen**

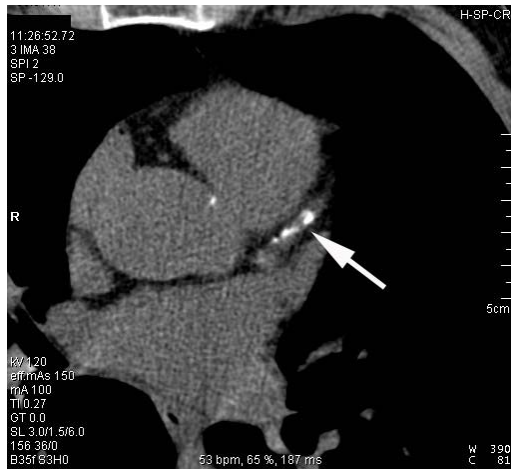
Gefäßverkalkungen der Herzkranzgefäße treten typischerweise auf, wenn eine Arteriosklerose dieser Gefäße, das heißt die so genannte Koronare Herzkrankheit, vorliegt. Dabei findet sich Koronarkalk in praktisch allen Stadien der Erkrankung, also auch in den Frühstadien, wenn der Patient noch keine Beschwerden verspürt. Dabei korreliert das Ausmaß der Verkalkungen zwar einerseits eng mit dem Ausmaß der arteriosklerotischen Gesamtablagerungen in den Herzkranzgefäßen, andererseits lassen aber auch größere Mengen an Koronarkalk keinen sicheren Rückschluss auf das gleichzeitige Vorliegen von relevanten Gefäßeinengungen (Koronarstenosen) zu. Damit rechtfertigt ein Kalknachweis alleine (d. h. ohne Beschwerden und ohne Nachweis einer gleichzeitigen Minderdurchblutung des Herzmuskels) in der Regel auch keine weiterführende Herzkatheterdiagnostik.

Die moderne Computertomografie des Herzens (Cardio-CT) erlaubt heute den Nachweis eventueller Verkalkungen der Herzkranzgefäße mit einer sehr hohen Verlässlichkeit. Die Kalkmenge kann darüber hinaus gut quantifiziert werden, so dass Folgeuntersuchungen nach Jahren Rückschlüsse auf die Progression der Erkrankung – oder umgekehrt natürlich auch auf die Wirksamkeit einer entsprechenden Therapie – zulassen. Die Untersuchung selbst ist im CT heute in wenigen Minuten durchführbar und geht in der Regel mit einer nur geringen Strahlenbelastung einher.

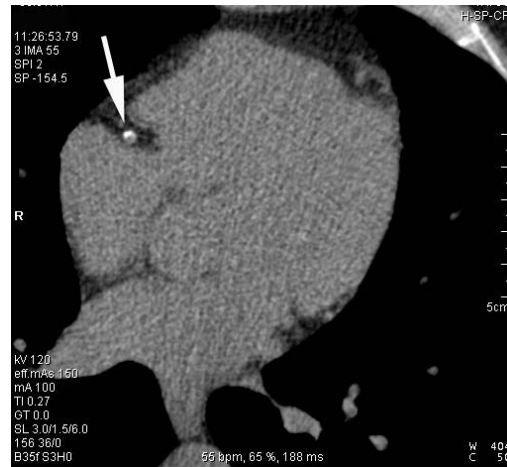
Zahlreiche Studien konnten in den vergangenen Jahren zeigen, dass dem Koronarkalk bei asymptomatischen Patienten eine sichere prognostische Bedeutung zukommt, die offensichtlich über die der traditionellen Risikofaktoren hinausgeht oder von diesen unabhängig ist. Patienten ohne Koronarkalk haben ein nur sehr geringes Risiko, in den nächsten drei bis fünf Jahren ein „koronares Ereignis“ wie Tod, Herzinfarkt, Notwendigkeit zu Ballondilatation oder Bypassoperation zu erleiden, während Patienten mit höherem Verkalkungsgrad der Herzkranzgefäße von einem hohen Risiko bedroht sind.

Derzeit geht man davon aus, dass asymptomatische Personen mit einem mittleren Risikoprofil (d. h. 1 – 2 % jährliches Risiko auf der Basis traditioneller Risikofaktoren wie Rauchen, Hochdruck, Fettstoffwechselstörungen etc.) am ehesten von einem Kalkscreening mit Hilfe des CT profitieren. Im Falle eines Kalknachweises kann frühzeitig eine Behandlung der Risikofaktoren in die Wege geleitet werden. Ob dies dann allerdings wirklich zu weniger kardialen Ereignissen oder gar zu einer Lebensverlängerung führt, muss noch gezeigt werden. Ein generelles Kalkscreening in unausgewählten Bevölkerungsgruppen

kann nach bisheriger Datenlage jedoch nicht empfohlen werden. Desgleichen sollte man einer Selbstzuweisung des Patienten zurückhaltend gegenüberstehen.



**Abbildung 1: Kalk im Ramus interventricularis anterior, nachgewiesen mittels Mehrzeilen-CT (Pfeil)**



**Abbildung 2: Kalk in der rechten Koronararterie (Pfeil), nachgewiesen mittels Mehrzeilen-CT**

**Kontakt:**

Prof. Dr. Werner G. Daniel  
Direktor der Medizinische Klinik 2 (Kardiologie , Angiologie)  
Universitätsklinikum Erlangen  
Ulmenweg 18  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 / 85 - 35301  
Fax: 09131 / 85 - 35303  
E-Mail: [werner.g.daniel@rzmail.uni-erlangen.de](mailto:werner.g.daniel@rzmail.uni-erlangen.de)