



DAS GEBROCHENE HERZ – EIN MEDIZINISCHES PROBLEM

Partnerschaft und Gesundheit

Fellowbericht

Johannes Backs

DOI: 10.11588/fmk.2021.0.78667

**MARSILIUS-
KOLLEG**

2019/2020



DAS GEBROCHENE HERZ – EIN MEDIZINISCHES PROBLEM

Partnerschaft und Gesundheit

Das Herz hält uns am Leben und ein krankes Herz beendet das Leben allzu oft. Es ist landläufig bekannt, dass ein ungesunder Lebensstil, aber auch die Vererbung genetischer Defekte, das Herz krank machen kann. Aus Literatur und Erzählungen ist jedoch ebenso bekannt, dass das Herz infolge einer emotionalen Ausnahmesituation, wie starker Trauer, aus dem Takt geraten und ‚brechen‘ kann. Das ‚Broken-Heart‘ Syndrom ist nicht nur eine literarische Erscheinung, sondern ein reales medizinisches Problem und wird in der Medizin als ‚Takotsubo-Syndrom‘ bezeichnet. Das ‚Takotsubo-Syndrom‘ kann in jedem Alter und bei beiden Geschlechtern auftreten. Es ist aber gehäuft zu finden bei Frauen nach der Menopause. Das ‚Takotsubo-Syndrom‘ äußert sich mit Symptomen, die denen eines Herzinfarktes ähneln: u.a. starker, akut auftretender Brustschmerz. Daher werden die betroffenen Patientinnen und Patienten meist in den Notaufnahmen von Krankenhäusern oder auf neudeutsch in den ‚Chest Pain Units‘ gesehen. Aufgrund der Symptome und auch einer leichten Erhöhung der im Blut nachweisbaren Herzinfarkt-Biomarker (Troponine) erfolgt dann in der Regel eine notfallmäßige Herzkatheter-Untersuchung. Bei Patientinnen und Patienten mit ‚Takotsubo-Syndrom‘ zeigt sich dann allerdings, dass die Herzkranzgefäße nicht verstopft sind, also kein Herzinfarkt vorliegt, sondern das Herz stattdessen eine charakteristische Wandbewegungsstörung mit einer Betonung an der Herzspitze aufweist. Im sogenannten Angiogramm stellt sich das Herz in einer Form dar, die an eine japanische Tintenfischfalle (‚Tako Tsubo‘) in Form eines Kruges mit kurzem Hals erinnert. Die Herzbewegungsstörung resultiert in einem niedrigeren Auswurf von Blut in die Zirkulation und stellt daher ein akutes Herzversagen dar. Typisch ist, dass sich das Herzversagen in der

Regel innerhalb von Tagen bis Wochen vollständig zurückbildet. Daher wird das ‚Takotsubo-Syndrom‘ als reversibles Herzversagen infolge einer emotionalen Belastung angesehen. Aufgrund der Reversibilität wurde die medizinische Bedeutung des ‚Takotsubo-Syndroms‘ lange unterschätzt. Epidemiologische Untersuchungen haben aber inzwischen ergeben, dass sowohl die akute Sterblichkeit während des oben beschriebenen Geschehens als auch die Sterblichkeit in den Monaten und Jahren danach erhöht ist, obwohl sich die Funktion des Herzens wieder normalisiert hat. Daraus ergeben sich viele Fragen, die zurzeit ungeklärt sind und u.a. in meiner Arbeitsgruppe in experimentellen Modellen erforscht werden. In meiner Arbeitsgruppe reden wir von Takotsubo-Kardiomyopathie, da unsere vorläufigen Ergebnisse darauf hinweisen, dass das akute Krankheitsgeschehen in den Herzmuskelzellen abläuft und nicht – wie oft vermutet – in den Herzkranzgefäßen. Allerdings prüfen wir auch die Hypothese, wonach die Sterblichkeit nach Abklingen der Herzsymptome vermittelt ist. Vermutungen reichen bis hin zu einer erhöhten Inzidenz an Krebserkrankungen, da die starke initiale Stressreaktion, die zum transienten Herzversagen führt, auch andere Körperzellen betrifft, sich hier aber die Krankheit erst später zeigt.

FRAGEN RUND UM DAS TAKOTSUBO-SYNDROM

Aufgrund der komplexen Pathogenese, für die neben kardiologischen Aspekten auch das Lebensalter und psycho-soziale Aspekte eine Rollen spielen, habe ich mich in ein Fellowship mit Beate Ditzen (Medizinische Psychologie), Thomas Klein (Soziologie) und Jürgen Bauer (Geriatric) begeben und wir haben uns mit vielen offenen Fragen im Kontext von Partnerschaft und Gesundheit in der Marsilius-Fellowklasse 2019/20 auseinandergesetzt. Es gab intensive Diskussionen, wie die Aspekte Geschlecht, Alter, soziale Faktoren und psychische Verarbeitung in das ‚Takotsubo-Syndrom‘ einfließen könnten. Im ersten Halbjahr haben wir unsere fachbezogenen Sichtweisen dargestellt und gegenseitig nachvollzogen. Das wesentliche Ergebnis war, dass größtmögliche Synergie entsteht, wenn unsere Expertisen zusammenfließen und wir ein interdisziplinäres Forschungsprojekt auf den Weg bringen. Im zweiten Halbjahr haben wir daher ein Forschungsprojekt erarbeitet, das nun erstellt ist und bei der Dietmar Hopp Stiftung eingereicht wird. Wir haben zwei zentrale Fragen gestellt, die wir mit unseren Fachexpertisen gemeinsam bearbeiten, um so ein interdisziplinäres Problem lösen zu können:

- 1) Wie oft ruft Trauer, insbesondere bei Frauen nach der Menopause, eine pathologische Reaktion am Herzen hervor? Die Frage ist bisher nicht beantwortet, da

in epidemiologischen Studien nur die Patientinnen erfasst werden, die die Klinik aufsuchen. Viele Frauen suchen aber keine Ärzt*innen auf, da gerade in der Trauer, die Wahrnehmung eigener Symptome subjektiv sehr schwankt.

- 2) Wie oft ist das erkannte und das nicht erkannte aber durchlaufene Takotsubo-Syndrom mit anderen sekundär auftretenden Erkrankungen assoziiert? Diese Frage ist nicht beantwortet, da erstens nur die Betroffenen erfasst werden, die Ärzt*innen aufsuchen, und zweitens Langzeiterfassungen kaum durchgeführt wurden und wenn doch, diese meistens auf Herzkomplikationen fokussiert waren.

VORGEHEN UNSERER FELLOW-STUDIE

Basierend auf Vorarbeiten von Beate Ditzen, die psychobiologische Trauerreaktion bei Frauen, die ihren Partner aufgrund einer Krankheit verloren haben, zu charakterisieren und selbiger Trauerreaktion eventuell mittels psychotherapeutischer Möglichkeiten (würdezentrierte Therapie nach Harvey Chochinov) vor dem Versterben vorzubeugen, haben wir ein neues Studienprotokoll erstellt: Wir werden Frauen, deren Partner sich in einer palliativen Situation befinden, mittels kardiologischer Bildgebung untersuchen und Blutproben entnehmen. Zwei Tage nach dem Tod des Partners werden diese Untersuchungen wiederholt, sodass wir in der Lage sein werden, intra-individuelle Änderungen der Herzfunktion infolge von Trauer messen zu können. Wir werden neben biomedizinischen auch soziale Faktoren erheben. 6 und 12 Monate nach dem Ableben des Partners wird eine Abfrage erfolgen, um zu eruieren, ob andere Krankheiten aufgetreten oder die Witwen gar verstorben sind. Wir werden dann versuchen, einen möglichen Zusammenhang zwischen klinisch und subklinisch (d.h. keine subjektiv wahrgenommenen Symptome aber eine objektiv nachweisbare, vorübergehende Herzfunktionsstörung) durchlebtem ‚Takotsubo-Syndrom‘ herzustellen. Wir erwarten Daten, die einen Pilotcharakter haben, aber dann die Planung einer großen Studie (anvisiert ist eine nationale Studie des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK)) mit statistischer Power erlauben. Wenn es gelingt, einen Zusammenhang zwischen durchlebtem ‚Takotsubo-Syndrom‘ und erhöhter Morbidität oder gar Mortalität aufgrund anderer Erkrankungen nachzuweisen, hat dies eine große klinische Bedeutung und wird Therapie-Studien nach sich ziehen können, die sowohl psychotherapeutischer als auch pharmakologischer Natur sein können. Das Letztere würden dann aus meiner persönlichen Sicht den Bogen spannen zu den experimentellen translationalen Studien in Modellsystemen in meinem Labor.



PERSÖNLICHE EINDRÜCKE

Meine persönlichen Eindrücke vom Marsilius-Kolleg sind ausschließlich positiv. Wir haben ein komplexes, ethisch schwieriges Thema bearbeitet. Die verschiedenen Sichtweisen, teilweise im positiven Sinne provokativer, dann aber auch wiederum mit um Machbarkeit bemühter Art, empfand ich als zielführend. Wir haben Ethik und Recht diskutiert und ganz andere, auch persönliche und teilweise auch religiöse Erfahrungen, einfließen lassen. Ich war nicht mit der Erwartung in das Marsilius-Kolleg gegangen, eine möglicherweise richtungsweisende klinische Studie an der Schnittstelle zwischen Kardiologie/Psychologie/Soziologie/Geriatrie zu entwickeln, aber genau dies ist gelungen. Daher bin ich allen Fellows sowie Tobias Just, Bernd Schneidemüller und Thomas Rausch für den konstruktiven Dialog sehr dankbar.