

Leserbrief: Zur Indikation für katheterinterventionellen Aortenklappenersatz (TAVI)

Frage von H.B. aus M.: >> Mit großem Interesse habe ich Ihre Einschätzung zum katheterinterventionellen Aortenklappenersatz (TAVI) zur Kenntnis genommen. Dies trifft im Grunde auch meine Einschätzung. Ergänzend möchte ich jedoch fragen, inwiefern nicht zusätzlich zu einer Einschätzung nach Altersdekaden eine solche anhand geriatrischer Kriterien, z.B. hinsichtlich der Kategorien „fit“ oder „frail“ hier helfen könnte. Nach meiner Einschätzung gibt es nur sehr zögerliche Bestrebungen, für die betagten Betroffenen eine entsprechende qualitative und quantitative Einschätzung durch ein geriatrisches Assessment einzuholen, und hier werden wichtige diagnostische Potenziale verpasst.

Antwort: >> Gerade bei der Indikation für scheinbar einfache und wenig belastende, weil „minimalinvasive“ Methoden wie die TAVI ist die Prognostizierung sowohl des periinterventionellen Risiko als auch des erhofften subjektiven (!) Nutzens für den individuellen Patienten von zentraler Bedeutung. Wir teilen die Ansicht, dass für die Einschätzung der Prognose die allgemeine Gebrechlichkeit („frailty“) eines Patienten – neben Komorbiditäten und Alter – eine der ganz wesentlichen Determinanten ist und umfassend interdisziplinär klinisch beurteilt werden sollte.

Leider gibt es weder eine exakte Definition der Gebrechlichkeit (z.B. nach 1: „charakterisiert durch eingeschränkte physiologische Reserven mit erhöhter Anfälligkeit für unerwünschte Ereignisse wie Therapiekomplicationen, Stürze, Hospitalisierung, Behinderung, Tod“) noch einen Goldstandard für die Diagnose. In den vergangenen Jahren wurde eine große Zahl unterschiedlicher Bewertungssysteme vorgeschlagen, mit dem Ziel, Gebrechlichkeit objektivieren und quantifizieren zu können (2). Diese reichen von einfachen und schnellen Grobeinschätzungen bis hin zu zeitaufwendigen und differenzierten Assessments. Manche dieser Scores scheinen eher für bevölkerungsbasierte Studien geeignet zu sein, manche eher für klinische Fragen. Aber obwohl dazu zahlreiche Arbeiten in verschiedenen medizinischen Fachgebieten (Kardiologie, Chirurgie, Onkologie, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie) publiziert wurden, ist bisher keiner dieser „Frailty-Scores“ für klinische Entscheidungsprozesse ausreichend validiert.

Aktuelle Leitlinien geben eine Klasse-I-Empfehlung, dass die Indikationsstellung für eine TAVI durch ein multidisziplinäres „Heart-Team“ erfolgen sollte, das aus Kardiologen und Herzchirurgen „und – wenn erforderlich – anderen Spezialisten“ besteht (3). Wir stimmen unserem Leser zu, dass es wünschenswert wäre (wenn auch wahrscheinlich nicht an allen Kliniken praktikabel), im Zuge dieser sensiblen Entscheidungsfindung routinemäßig die Gebrechlichkeit durch ein fachärztliches geriatrisches Assessment zu beurteilen – idealerweise im Rahmen klinischer Studien. Deren Ergebnisse werden zeigen, ob und wenn ja, welche „Frailty-Scores“ künftig als unabhängige

Prädiktoren und Entscheidungshilfen herangezogen werden können. Ziel sollte ein für die multidisziplinäre klinische Praxis validiertes, international einheitliches Bewertungssystem sein.

Literatur

1. Clegg,A., et al.: Lancet 2013, **381**, 752. Erratum: Lancet 2013, **382**, 1328. [Link zur Quelle](#)
2. Dent, E., et al.: Eur. J. Intern. Med. 2016, **31**, 3. [Link zur Quelle](#)
3. Vahanian,A., et al.: Eur. Heart J. 2012, **33**, 2451. [Link zur Quelle](#)