

WISSEN AKTUELL

Herz und ... what else?

Herbsttagung 2012 der Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie

Die Herbsttagung 2012 der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie fand am 22. November im Hotel Marriott in Zürich statt. Verantwortlich für das wissenschaftliche Programm war die Zürcher Gesellschaft für Kardiologie unter der Leitung von Dr. med. Urs Dürst, Dr. med. Peter Siegrist und PD Dr. med. Gabor Sütsch.

Niere und Herz

Eine renale Dysfunktion ist einer der wichtigsten unabhängigen Risikofaktoren für ein schlechtes Outcome bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz. Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung haben ein erhöhtes Risiko für eine atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung und für eine Herzinsuffizienz. Sind doch ca. 50% aller Todesfälle bei einer chronischen Nierenerkrankung kardiovaskulär bedingt, betonte **Dr. Frank Enseleit, Zürich**. Akute oder chronische Systemerkrankungen können ebenfalls beide Organe betreffen. Das Serumkreatinin ist ein Marker für erhöhtes Schlaganfallrisiko ($>116\mu\text{mol/l}$) und für Myokardinfarkt ($>130\mu\text{mol/l}$), aber die GFR sollte geschätzt (CG, MDRD) oder gemessen werden (CrCl/Proteinurie), da das Serumkreatinin allein wenig sensitiv für die Nierenfunktion ist. Die Empfehlungen bei Nierenfunktionsstörungen und Herzinsuffizienz sind:

- ▶ Optimierung der Hämodynamik zur Umkehrung der Mechanismen, die für die Salz- und Wasserretention verantwortlich sind
- ▶ Vermeiden von Volumenbelastung (diätetische Empfehlung)
- ▶ Vermeiden von Volumenmangel (d.h. übereifrige Diuretika-Therapie)
- ▶ Vermeiden Sie NSAIDs
- ▶ Bevorzugung von ACEI, ARB, Betablocker

- ▶ Urodilatin nicht ANP ist das verantwortliche Peptid in der renalen Na- und Wasserhomöostase, BNP kontrovers.
- ▶ AVP experimentell
- ▶ Ibopamin, Flolan erhöhen die Mortalität
- ▶ Ultrafiltration (kein Unterschied im Vergleich zu Diuretika)

Rhythmologie: Was ist neu

Die Neuheiten beim Vorhofflimmern in Bezug auf Antikoagulation, medikamentöse Therapie und interventionelle Therapie wurden von **Prof. Dr. med. Stefan Osswald, Basel**, präsentiert.

Das Vorhofflimmern wird auf Grund der Dauer in 4 Kategorien eingeteilt: paroxysmal/persistent/longstanding persistent (>12 Mte)/permanent. Bei CHADS2CASC Score >1 Orale Antikoagulation, <1 kein ASA.

Die neuen oralen Antikoagulantien Rivaroxaban (Xarelto®) und Prasugrel (Pradaxa®) sind für Vorhofflimmern zugelassen; CAVE: Niereninsuffizienz, Interaktionen.

Dronedarone ist bis auf die PAF bei Herzgesunden out.

TAB. 1	ESC Guidelines 2008 und 2012 für die Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Herzinsuffizienz	
	Akute Herzinsuffizienz	chronische Herzinsuffizienz
2012	$<300\text{pg/ml}$ NT-proBNP	$<125\text{ pg/ml}$ NT-proBNP
	$<100\text{pg/ml}$ BNP	$<35\text{pg/ml}$ BNP
2008	Kein Konsens	$<400\text{pg/ml}$ NT-proBNP
	Kein Konsens	$<100\text{pg/ml}$ BNP

(Cohen-Solal et al EHJ 2008; McMurray et al 2012)

Als Hilfe für den Therapieentscheid bei Vorhofflimmern dient neu der EHRA Symptom Score:

- EHRA Klasse I = Keine Symptome.
- EHRA II: Milde Symptome, normale tägliche Aktivitäten nicht betroffen,
- EHRA III Schwere Symptome, normale Tagesaktivitäten betroffen,
- EHRA IV: behindernde Symptome, normale tägliche Aktivitäten müssen eingestellt werden. Pulmonalvenen Isolation (PVI) Methode der Wahl bei PAF und persistierendem Vorhofflimmern (<12 Monate).

Vorhofsohrverschluss bei Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko und Kontraindikationen für Langzeit orale Antikoagulation (Empfehlung IIB/B).

Update 2012 – Herzinsuffizienz

Die ESC Guidelines 2012 empfehlen, dass man die Messung der natriuretischen Peptide bei allen Patienten in Betracht zieht um 1) alternative Gründe einer Dyspnoe auszuschliessen (falls der Wert unterhalb des Cut-off Werts liegt, ist eine Herzinsuffizienz sehr unwahrscheinlich 2) um eine prognostische Information zu erhalten erklärte **Prof. Dr.med. Roger Hullin, Lausanne**.

Die optimalen Cut-off Werte zum Ausschluss einer akuten oder chronischen Herzinsuffizienz sind in der Tabelle 1 wiedergegeben.

Bei ausgewählten Patienten wird ein Koronar MRI zur Untersuchung der kardialen Struktur und Funktion empfohlen zur Messung der LVEF und zur Charakterisierung des kardialen Gewebes, vor allem bei Patienten mit inadäquater Echokardiographie oder nicht konklusiven oder inkompletten echokardiographischen Befunden (Empfehlung I/C).

Myokardperfusion /Ischaemie-Imaging (durch Echokardiographie, MRI, SPECT oder PET) sollten in Betracht gezogen werden bei Patienten mit Verdacht auf CAD, welche für eine Revaskularisierung in Frage kommen, zur Abklärung, ob eine reversible Myokardischämie und ein funktionales Myokard vorhanden ist (Empfehlung IIA/C).

Behandlung mit Mineralkortikoidrezeptor-Antagonisten (MRA) oder Ivabradin

Die Wirkstoffe (Spironolacton oder Eplerenon) sollen gemäss den neuen Guidelines nicht mehr erst bei fortgeschrittener, sondern bereits bei mässiger Herzinsuffizienz (NYHA II) zum Einsatz kommen: Studien (EMPHASIS-HF Studie und der EPHEMUS Substudy) haben eine Verbesserung der Prognose durch den frühen Einsatz von MR-Antagonisten gezeigt (Empfehlung I/A). Des weiteren soll Ivabradin in Betracht gezogen werden zur Senkung des Risikos für Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz bei Patienten, die im Sinusrhythmus sind, eine EF \leq 35% haben und eine Herzfrequenz über 70 Schläge und persistierende Symptome (NYHA Klasse II-IV) trotz Behandlung mit einer Evidenz-basierten Dosis mit einem Betablocker (oder der max. darunter liegenden Dosis). ACE-Inhibitor (oder ARB), und ein MRA (oder ARB) (Empfehlung IIA/B). Bei einzelnen Patienten mit sehr schwerer HI kann Ivabradin auch den Beta-Blocker ersetzen, wenn dieser nicht vertragen wird (Empfehlung IIB/C).

Ebenfalls früher im Krankheitsverlauf als bisher kann bei ausgewählten Patienten die kardiale Resynchronisations-Therapie eingesetzt werden. Neu ist ferner die TAVI (transcatheter aortic-valve

implantation). Vom Aortenklappenersatz per Katheter profitieren v.a. Patienten die keine geeigneten Kandidaten für die konventionellen Eingriffe sind.

Update 2012 – Interventionelle Techniken

Neuheiten zum Gebiet der interventionellen Techniken wurden von **Prof. Dr. med. Hans Rickli, St. Gallen**, präsentiert. Die Indikationen zum **Katheter-basierten Aortenklappenersatz (TAVI)** empfehlen den Einsatz von TAVI nur mit einem multidisziplinären „Herzteam“, welches Kardiologen und Herzchirurgen (Herzchirurgie = Voraussetzung) und wenn nötig andere Spezialisten umfasst (Empfehlung I/C). TAVI ist bei Patienten mit schwerer symptomatischer Aortenklappenstenose (AS), die sich nicht für einen Aortenklappenersatz eignen und deren Lebensqualität vermutlich zunimmt und deren Lebenserwartung mehr als ein Jahr unter Berücksichtigung ihrer Komorbiditäten beträgt (Empfehlung I/B). TAVI sollte auch bei Hochrisiko-Patienten mit schwerer symptomatischer AS, die zwar für einen chirurgischen Eingriff geeignet sind, aber bei denen TAVI vom „Herzteam“ favorisiert wird aufgrund des individuellen Risikoprofils und der anatomischen Eignung (Empfehlung IIA/B).

MitraClip

Die erste randomisierte Studie mit der MitraClip-Technik war EVEREST-II. In EVEREST-II verringerte der MitraClip die Mitralinsuffizienz in einer Mehrheit von Patienten mit hohem Risiko für eine Operation, was zu einer Verbesserung der klinischen Symptome und zu einem signifikanten linksventrikulären Remodelling über 12 Monate führte. (J Whitlow PL, Am Coll Cardiol. 2012;59:130-9). In ACCESS EU (W.Schillinger, ESC 2012), einer Post Marketing Studie, hatte die Mehrheit der mit dem MitraClip Gerät behandelten Patienten eine funktionelle Mitralinsuffizienz und umfangreiche Komorbiditäten. Der MitraClip bot sofortige Verbesserungen der hämodynamischen Massnahmen. Der kardiale Output wurde deutlich verbessert, der ventrikuläre Wedge-Druck und der LV enddiastolische Druck waren deutlich reduziert. Die klinischen Vorteile, die über 6 Monate beobachtet wurden, sind im Einklang mit akuten hämodynamischen Verbesserungen.

Die ESC Guidelines 2012 zur perkutanen Mitral Clip-Prozedur empfehlen das Verfahren (Empfehlung Klasse IIB/C)

- bei symptomatischen Patienten mit schwerer sekundärer Mitralinsuffizienz trotz optimaler medikamentöser Therapie (einschliesslich CRT, wenn indiziert)
- bei Patienten, die die Auswahlkriterien erfüllen, die als inoperabel oder mit hohem Risiko für die Chirurgie beurteilt werden
- bei Patienten, die eine Lebenserwartung über ein Jahr haben

Verschluss des PFO und CABG vs PCI

Für sogfältig ausgesuchte Patienten mit einer Anamnese für kryptogenen Schock und PFO ergab sich aus der RESEPCT-Studie Evidenz für einen Nutzen in der Reduktion des Schlaganfallrisikos durch Verschluss des PFO mit dem AMPLATZER PFO Occluder gegenüber der rein medizinischen Therapie.

Der Referent präsentierte ferner Resultate einer systematischen Meta-Analyse zur PCI mit oder ohne on-site Chirurgie (Int J Cardiol 2012): Sowohl primäre als auch elektive PCI können gemäss dieser Untersuchung ohne Zunahme der Mortalität und PCI be-

dingter Komplikationen in Zentren ohne on site Chirurgie durchgeführt werden.

Neue Daten zum Vergleich des Nutzens von CABG gegenüber PCI bei Patienten mit Diabetes (Farkouh ME, NEJM2012, epub Nov 4th) ergaben, die folgenden Resultate:

- CABG war der PCI mit DES bei Patienten mit Diabetes und fortgeschrittener Drei-Gefäss-Krankheit überlegen. CABG reduzierte die Myokardinfarkt- und Todesrate signifikant, aber mit einer höheren Schlaganfallrate.

Der Referent schliesst mit einem Summary zu ACS 2012:

- Die ESC STEMI Guidelines 2012 sind präsentiert und publiziert
- Ein ESC Dokument zur Definition des Myokardinfarkts ist präsentiert und publiziert
- Prasugrel ist Clopidogrel bei nicht-invasiv behandeltem ACS nicht überlegen
- Das Weglassen von Aspirin bei Patienten mit Warfarin unter Stenting halbiert das Blutungsrisiko, beeinflusst die Stentthrombose nicht und reduziert die Mortalität

Up Date 2012 –Herzchirurgie

In Abwesenheit von Prof. Volkmar Falk präsentierte **Prof. Dr. med. Jörg Grünenfelder**, Zürich, neue Daten zur Herzchirurgie. Diese umfasste ein Update zur Koronarchirurgie mit den Studien Syntax 5 Jahre und Freedom 5 Jahre und ein Update über die Klappenchirurgie, wobei TAVI vs chirurgische AKE und transapikale vs transfemorale neue Techniken diskutiert wurden. Die Konklusionen aus Syntax sind, dass die Chirurgie der Goldstandard für Patienten mit komplexer Mehrgefässerkrankung darstellt, dass bei Patienten mit weniger komplexer Erkrankung die PCI eine akzeptable Alternative darstellt, und dass Behandlungsentscheidungen mit dem Patienten und dem Herz-Team beschlossen werden sollten unter Berücksichtigung der Risiken und des Nutzens der betreffenden Behandlungsoptionen.

Technischen Empfehlungen für CABG :

- Die Prozeduren sollten in einer für Herzchirurgie spezialisierten Spitalstruktur und durch ein in Herzchirurgie spezialisiertes Team durchgeführt werden (Empfehlung I/B)

- Arterielle Grafts auf den absteigenden Koronarast (LAD) sind indiziert (Empfehlung I/A)
- Komplette Revaskularisierung mit arteriellen Grafts auf das non LAD Koronarsystem ist bei Patienten mit vernünftiger Lebenserwartung indiziert (Empfehlung I/A)
- Minimierung der Aorta-Manipulation ist empfohlen (Empfehlung I/C)
- Evaluation des Transplantats vor dem Verlassen des Operationssaals wird empfohlen (Empfehlung I/C)

Zum Schluss zeigt der Referent eine beachtliche Liste neuer Geräte wie JENAVALVE (Jenavalve), ENGAGER (Medtronic), ACURATE (Symelis), PORTICO (SJM) und SAPIEN (Edwards). Sie werden zum Teil in der klinischen Praxis oder in Studien eingesetzt oder befinden sich noch in Entwicklung.

Herz und Kunst, Kunst und Herz

Den Schluss bildete ein sehr tiefsinniger Vortrag von **Prof. em. Dr. med. Willy Vetter** über Herz und Kunst, Kunst und Herz. Der Referent beschrieb das Herz im Altertum, das Herz als Organ, und das Herz als Symbol. Als Ursache für die Verbreitung des Herzens sieht er 4 Gründe:

1. Symbol für weibliche Brust und Vulva
2. Spielkarten mit Herzsymbold (Herzdame)
3. Herz-Jesu-Bewegung
4. Verwendung als Wasserzeichen

Prof. Vetter zeigte sehr eindrückliche Darstellungen des Herzens über die verschiedenen Zeitalter der Kunst, von der Höhlenmalerei über die alten Ägypter, wo das Herz auf dem Totenbett gegen die Gerechtigkeit auf einer Balkenwaage gewogen wurde. Bei negativem Ausgang wurde der Verstorbene von einer „Totenfresserin“ (Mischwesen aus Krokodil, Löwe und Nilpferd) verschlungen.

Die ersten genauen Darstellungen des Herzens durch Leonardo da Vinci (16.Jh) bis zu Niki de St Phalle, Kurt Schwitters, Joan Miro, Henri Matisse, Paul Klee und Jeff Koons.

▼ WFR

ANKÜNDIGUNG



Vol. 3 – Ausgabe 2 – März 2013

Was bietet Ihnen die nächste Ausgabe?

FORTBILDUNG ➔

Terminale Herzinsuffizienz

MEDIZIN FORUM

Antikoagulation bei Thromboembolien

NOTFALL-SERIE

PAVK – das kalte Bein

KONGRESS

Cardiology Update, Davos