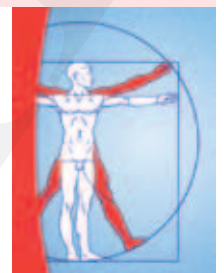


# WISSEN AKTUELL

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

## Cardio Update 2015



Auch dieses Jahr fand das traditionelle Cardio Update unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) Ende Februar in Wiesbaden und Mitte März in Berlin statt. Aus sämtlichen Teilgebieten der Kardiologie wurden die wichtigsten Studien aus dem vergangenen Jahr von Opinionleadern aus Deutschland vorgestellt und kommentiert. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, über alle Gebiete zu berichten. Diese seit 10 Jahren ausgezeichnete Fortbildung, welche auch 2016 wieder stattfinden wird, ist sehr zu empfehlen. In der Schweiz gibt es nichts Vergleichbares. Hier einige wenige aber wichtige Highlights und Take-Home-Botschaften für die tägliche Praxis.

Ein wichtiges Praxisthema zur Hypertonie war die ambulante BD-Messung und die Prognose. Zusammengefasst zeigten die Ergebnisse einer finnischen Studie dass, wenn alle Messwerte in der Praxis/Klinik und die ambulante 24-Stunden-BD-Messung (ABPM) zur Verfügung stehen, die ABPM die beste prognostische Information bietet (Hypertension 2014;64:281-286).

Ein weiteres wichtiges Thema war die maskierte Hypertonie, welche neben der Weisskittel-Hypertonie ebenfalls nur mit der ABPM erkannt werden kann. 31% der Hypertoniker haben einer spanischen Studie zufolge eine maskierte Hypertonie (EHJ 2014; 35:3304-3312). Diese Gruppe hat eine höhere Gesamtsterblichkeit gegenüber normotensiven Patienten. Dies war sowohl bei den behandelten als auch den unbehandelten Personen mit maskierter Hypertonie nachweisbar (Hypertension 2014;63:675-682). Die maskierte Hypertonie stellt bei behandelten und unbehandelten Hypertonikern einen behandlungsbedürftigen Befund dar, der entweder den Beginn oder eine Intensivierung einer bestehenden antihypertensiven Therapie erfordert! Die ABPM ist ein hervorragendes Instrument zur Risikoevaluation von Hypertonie-Patienten (Hypertension 2014;63:913-914). Neben der Erkennung der mas-



Dr. med. Urs Dürst  
Zollikon

kierten Hypertonie sind auch Mittelwerte ein idealer Parameter zur Erfassung des kardiovaskulären Risikos. Die Blutdruckvariabilität der nächtlichen Messungen ist sehr wertvoll. Bei pathologischen Werten (vgl. Abb. 1) sollte ein Schlafapnoe-Screening und eine Erfassung der Gefässsteifigkeit evaluiert werden.

Zum Thema **Schlaganfall und Demenz** wurde eine Studie präsentiert, welche alarmierende Befunde ergab. Die Prähypertonie (130-139/85-89 mmHg) war mit einer nahezu Verdoppelung des Schlaganfallrisikos verknüpft (Neurology 2014;82:1153-1161). Letztlich sollte im Einzelfall je nach kardiovaskulärem Gesamtrisiko entschieden werden, ob in der Prähypertonie bereits eine medikamentöse Therapie indiziert ist. Kumulativ sind erhöhte systolische und diastolische BD-Werte (sowie auch Nüchtern-BZ-Werte) konsistent mit einer kognitiven Beeinträchtigung assoziiert (Circulation 2014;129:1560-1567).

Eine kleine Studie hat gezeigt, dass bestimmte Inhaltsstoffe der Kakaobohne (Flavonole – 1 Gramm/Tag) altersbedingtem Gedächtnisverlust entgegenwirken können (Hypertension 2012;60:794-801). Eine ARB-Medikation ist ebenfalls mit einem geringeren Risiko für die Entwicklung einer Demenz assoziiert (J Hypertens. 2014;32:938-947).

ABB. 1

Indikatoren der 24-h-BD-Messung für den Beginn der Therapie bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko gemäss Reboldi et al. Hypertension 2014;63:913-914

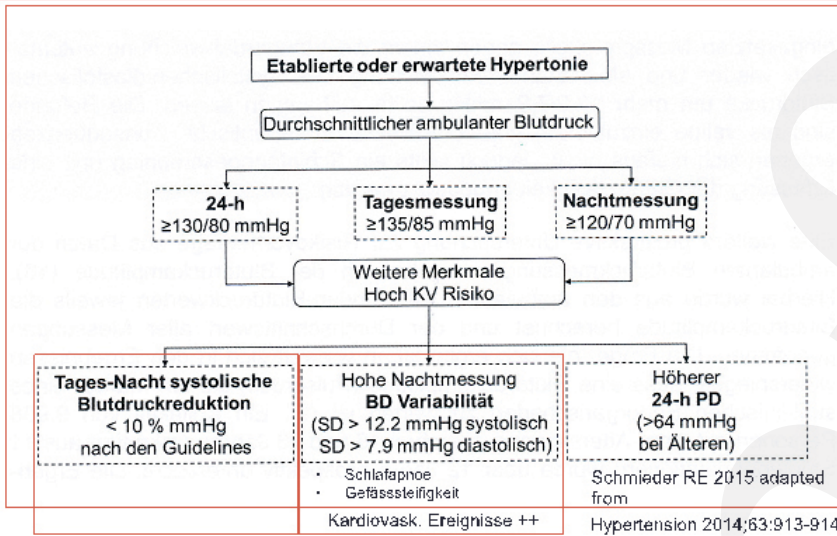
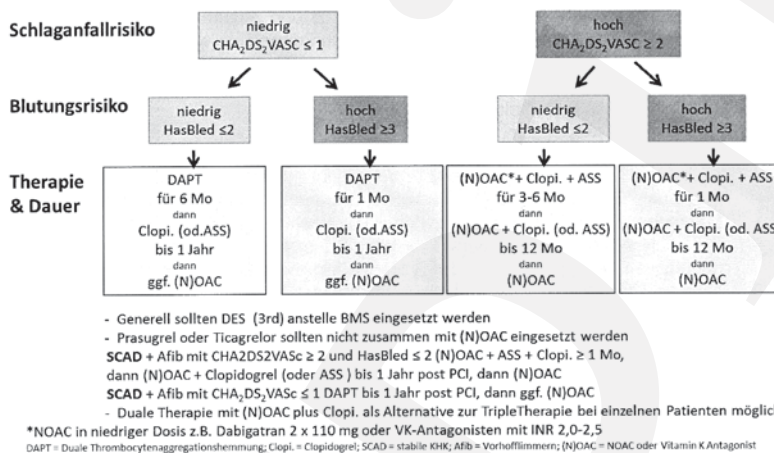


ABB. 2

Vorgehen in Berlin beim Einsatz der Triple-Therapie



Zur Triple-Therapie bei Vorhofflimmern und PCI/ACS wurde ein sehr praxisrelevantes Vorgehen der 8 invasiven Kardiologen der Berliner Vivantes Kliniken von Prof. Dr. Darius vorgestellt (Stand Nov. 2014) – vgl. Abb. 2:

Das Fazit für die Praxis lautet bei VHFli und ACS gemäss Prof. Zeymer Ludwigshafen, resp. den ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization 2014 (EHJ 2014;35:2541-2619):

- ▶ CHA2DS2-VASc-Score ≤ 1 (nur stabile KHK):  
Duale Plättchenhemmung über 12 Monate
- ▶ CHA2DS2-VASc-Score ≥ 2 und HASBLED ≤ 2:  
OAK + ASS + Clopidogrel 6 Monate, dann OAK + ASS od. Clopidogrel bis 12 Monate
- ▶ CHA2DS2-VASc-Score ≥ 2 und HASBLED ≥ 3:  
OAK + ASS + Clopidogrel für 1 Monat, dann OAK + ASS od. Clopidogrel bis 12 Monate unabhängig vom klinischen Setting (stabile KHK, ACS) und Stenttyp
- ▶ Bei OAK für die Zeit der Kombinationstherapie\*:  
- VKA mit INR 2,0-2,5 oder

- DOAKs/NOAKs\* (Non Vitamin K Oral Anticoagulants) in tiefer Dosis: Apixaban 2 x 2,5 mg, Dabigatran 2 x 110 mg, Rivaroxaban 15 mg

- ▶ Keine Triple-Therapie mit Prasugrel oder Ticagrelor – Blutungsgefahr HR:4,6
- ▶ Nach 12 Monaten nur noch orale Antikoagulation in üblicher Dosis

Es ist wahrscheinlich, dass die Vorteile des NOAK's bei Monotherapie gegenüber VKA's erhalten bleiben bei KHK-Patienten mit VHFli. Weniger thrombotische Ereignisse und nicht mehr Blutungen (insbesondere intrazerebrale Blutungen) (Europace 2013;15:625-651). Eine Tripletherapie darf nur nach einem Assessment des Blutungs- und Thromboserisikos eingeleitet werden!

**Empfehlung zur Antikoagulation**

Keine DOAK's bei Kunstklappenprothesen oder bei einer Mitralklappenstenose (= valvuläres VHFli)! DOAK's können bei einer MI, Aortenklappenvitien, Bioprothesen oder Klappenrekonstruktionen angewendet werden.

Bei einer PCI mit Stent (N)OAK\* und DAPT so kurz wie möglich (1-3-6 Monate) oder (N)OAK + Clopidogrel alleine unabhängig des DES der 2. Generation (oder BMS); dies war das Fazit der aktuellen Fortbildung „Interventionelle Kardiologie“ Ende März am USZ (Prof. Dr. J.H. Beer). Die Dauer der dualen antithrombotischen Therapie nach DES Implantation sollte an das individuelle Risiko für Ischämie und Blutungskomplikationen angepasst werden. Ebenfalls an der Zürcher-Fortbildung wurde zu Stents und Operationen Stellung genommen – gemäss ESC Guidelines 2014:

- ▶ Elektive Operationen sind 4-12 Wochen nach BMS und 6-12 Monate nach DES zu verschieben.
- ▶ Aspirin sollte nicht unterbrochen werden.
- ▶ Bei Patienten mit hohem Stent-Thromboserisiko sollte mit einem GP IIb/IIIa Inhibitor überbrückt werden.
- ▶ Heparin ist als Überbrückung nach Stenting nicht geeignet.
- ▶ Duale Plättchenhemmung sollte sobald als möglich wieder begonnen werden (wenn möglich innerhalb von 48 Stunden).

In einem sehr guten Positionspapier des ESC von Lip et al. wird zum Vorgehen bei Patienten mit VHFli und ACS Stellung genommen. Auch hier hat es eine sehr praktische und nützliche Abbildung der antithrombotischen Therapie bei stabiler KHK und ACS (EHJ 2014;35:3155-3179). Der Verzicht auf jede postinterventionelle Gabe von ASS, aufgrund der Ergebnisse der kleinen und nicht Placebo-kontrollierten WOEST-Studie (Lancet 2013;381:1107-1115), erscheint bei der derzeitigen Datenlage voreilig und nicht evidenzbasiert.

**Aspirin in der Primärprävention** nach ESC 2014: Individualisierte Vorgehensweise: Aspirin, wenn 10-Jahresrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse >20% und gleichzeitig Abwägen des Blutungsrisikos! (JACC 2014;64:319-327).

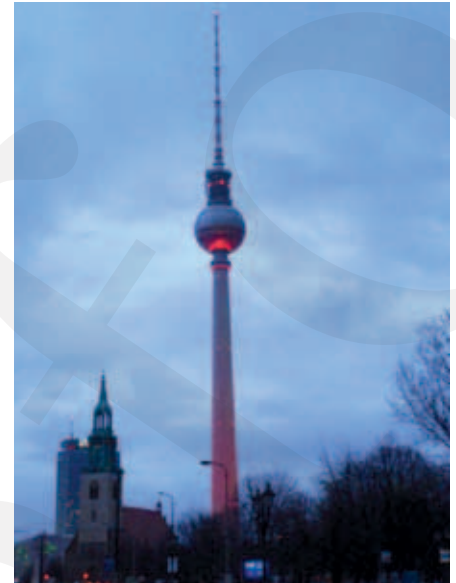
Der positive Einfluss einer **Betablockertherapie** (i.v. Metoprolol) bei Patienten mit **akutem STEMI** stammt im Wesentlichen aus der Zeit vor Einführung der Reperfusionstherapie. Nun gibt es aber auch positive Ergebnisse bei primärer PCI. Diese Therapie sollte also weiter zum Standard in der Akuttherapie des STEMI gehören, sofern keine akute Herzinsuffizienz vorliegt. Die Dauer der Gabe betrug in der Studie 24 Monate. Es kam zu einer signifikanten Reduktion der Infarktgrösse mittels MRT nach 5-7 Tagen. Dadurch weniger ICD, weniger kardiovaskuläre Todesfälle, Herzinsuffizienz, Reinfarkte und maligne Arrhythmien (JACC 2014;63:2356-2366).

Bei Patienten mit **Vorderwandinfarkt** oder grossem Infarkt ist die Zeit bis zur Reperfusion entscheidend für den Erhalt der LV-Funktion und die Senkung der Sterblichkeit. Daher ist die Verbesserung der Logistik der Infarktversorgung insbesondere bei kurzer Symptombdauer sehr wichtig (JACC Interv 2014;7:733-740).

Die sofortige prähospital Gabe von Ticagrelor beim medizinischen Erstkontakt beim STEMI und geplanter primärer PCI ist sicher und effektiv (N Engl J Med 2014;371:1016-1027).

In der **Echokardiographie** wurde gezeigt, nach einem Myokardinfarkt und der Frage nach ICD bei schlechter EF <35% sollte man nicht länger als 4 Wochen warten, später zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen der EF mehr. 10% erlitten in den ersten 9 Wochen lebensbedrohliche Arrhythmien (Circulation 2014;130:743-748).

Weiter wurde aufgezeigt, dass das Speckle Tracking Imaging und insbesondere die Beurteilung des linksventrikulären Strain sehr wert-



Direkt neben dem Cardio Update der Fernsehturm am Alexanderplatz in Berlin

voll ist. Es lässt Veränderungen der systolischen und diastolischen Funktion sensitiver und frühzeitiger erkennen als die rein morphologische Beurteilung der Kontraktion und ist für viele Erkrankungen und Situationen ein sensitiverer Marker. Als Beispiel Abfall des Global Longitudinal Strain (GLS < 15%) bei einer Patientin mit zytotoxischer Chemotherapie (JACC 2014;63:2751-2768).

Das routinemässige Tragen von **Kompressionsstrümpfen** Klasse II (30-40 mmHg) nach tiefer Beinvenenthrombose über 2 Jahre kann nicht mehr empfohlen werden, da nun erstmals eine multizentrische, randomisierte und placebokontrollierte Studie (SOX) gezeigt hat, dass diese Massnahme zur Prophylaxe eines postthrombotischen Syndroms ungeeignet ist (Lancet 2014;383 (9920):880-888). Es braucht ein individuelles Vorgehen je nach Symptomen und Beschwerden – bei starker Schwellneigung sind Unterschenkel-Kompressionsstrümpfe vorteilhaft.

*Symptomatisch* wirksam bei einer **stabilen CHK** sind: Nitrate, CCB, BB, Ivabradin, Ranolazin und die Angioplastie. *Prognostisch* wirksam sind: ACEH bei einer verminderten LV-Funktion, Aspirin und Statine (EHJ 2013;34:2949-3003).

Die FAME II-Studie zeigt; dass Patienten mit **stabiler KHK** und einer durch FFR dokumentierten relevanten Ischämie (FFR ≤ 0,8) prognostisch relevant und signifikant von einer Stent-Implantation profitieren im Hinblick auf eine Reduktion von Tod und Myokardinfarkt. Die Studie zeigt weiterhin, dass Patienten mit einer FFR > 0,8 im Vergleich zu einer optimalen medikamentösen Therapie prognostisch nicht von einer PCI profitieren (N Engl J Med 2014;371:1208-1217).

Eine Analyse des REACH-Registers (JACC 2012;308: 1340-1349) hatte ergeben, dass **Betablocker** bei Patienten mit stabiler KHK die Prognose nicht beeinflussen. Anders ist dies bei Patienten mit Status nach Myokardinfarkt mit 15%-iger Risikoreduktion für Tod bzw. Myokardinfarkt (JACC 2014;64:247-252).

Laufende Studien prüfen, inwieweit den beobachteten antiarrhythmischen Effekten von **Ranolazin** in Bezug auf Vorhofflimmern eine klinische Bedeutung zukommt (Europace 2015;17:32-37). Bei Patienten mit NSTEMI konnte unter 2x1 gr Ranolazin das Risiko von

VHFlI um 29% gesenkt werden. Ranolazin hemmt die späte Depolarisation, erhöht die atriale Refraktorität nach Repolarisation und verlängert die Dauer vom Aktionspotential und der Refraktärperiode.

In der Aerobic Center Longitudinal Study wurde gezeigt, dass bereits ein geringes **Lauftraining** in der Größenordnung von 5-10 Minuten/Tag bzw. 50 Minuten pro Woche bei geringer Geschwindigkeit (<9,66km/Stunde) mit einer quantitativ relevanten Reduktion des Sterblichkeitsrisikos und des kardiovaskulären Risikos assoziiert ist (JACC 2014;64:472-481). Die Ergebnisse unterstreichen, dass jede Form körperlicher Aktivität von Bedeutung ist.

Über den Einsatz von LCZ 696 bei der **systolischen Herzinsuffizienz** wurde bereits in früheren Ausgaben berichtet („**info@herz+gefäß**“ 2014;5:38-40 u. „**der informierte arzt**“ 2015;2:36-38). LCZ 696 wird zu einem Paradigmenwechsel der Herzinsuffizienztherapie führen und die ESC Guidelines von 2012 sicher bald ändern!

Die „**Bendopnoe**“ ist ein neues klinisches Zeichen der systolischen Herzinsuffizienz. Sie kann klinisch getestet werden, dauert max. 30 Sekunden und erlaubt eine Reevaluation des Volumenstatus und einer allenfalls notwendigen Diuretikatherapie. Die „Bendopnoe“ korreliert mit dem erhöhten rechtsseitigen Füllungsdruck und mit einem erhöhten PCWP. Als DD ist natürlich auch eine Lungenerkrankung oder eine Adipositas für diesen neuen Begriff in der Kardiologie möglich (JACC Heart failure 2014;2:24-31; „**info@herz+gefäß**“ 2014;4:24-25).

### Neue Lipidsenker

Optimismus verbreiten die Resultate der **PCSK9-Hemmer Studien** mit ca. 60%-iger Reduktion des LDL-Cholesterins ohne bisher relevante Nebenwirkungen. Auch wird das Lp(a) deutlich gesenkt (20-30%). Selbstverständlich sind laufende Endpunktstudien abzuwarten. Mögliche Indikationen für die PCSK9-Hemmer sind: Unzureichende LDL-Senkung, Statinunverträglichkeit, familiäre Hypercholesterinämie, Patienten mit hohem Lp(a) und Patienten mit schlechter Compliance (alle 2-4 Wochen s.c.).

Die **Senkung des LDL** vermindert das absolute kardiovaskuläre Risiko. Dies verdeutlicht ein sehr schönes Schema von Laufs et al. (EHJ 2014;35:1996-2000). Es besteht kein Zweifel an der Bedeutung von LDL-Cholesterin als kausalem Risikofaktor für Atherosklerose und Herzinfarkt. „The lower the better“ gilt nach IMPROVE-IT auch für einen LDL-Bereich bis 1,4 mmol/l (AHA Chicago, 17.11.2014). **Ezetimib** ist daher eine neue Therapiestrategie für Patienten, welche Ihren Zielwert mit einem Statin aus verschiedenen Gründen (zu hohes LDL, Nichterreichen der Zielwerte, Myopathie auf Statine) nicht erreichen.

An eine **familiäre Hypercholesterinämie** (1:500) sollte man u.a. bei einem LDL >4,9mmol/l denken (Deutsches Ärzteblatt 2014;111:523-529) und eine konsequente Behandlung einleiten mit einem LDL-Ziel <2,6mmol/l ohne Atherosklerose respektive <1,8mmol/l mit Atherosklerose.

▼ Dr. med. Urs Dürst

## ANKÜNDIGUNG

Vol. 5 – Ausgabe 3 – Juni 2015

### Was bietet Ihnen die nächste Ausgabe?



**FORTBILDUNG** ➔ Risikofaktoren der Atherosklerose

➔ MEDIZIN FORUM

Update KHK 2015

Spontane Koronardissektionen

Indikationen für TAVI

**KONGRESS** ➔ Zürcher Review Kurs in Klinischer Kardiologie