



Newsletter | Hamburger Herz-Kreislauf-Tag | Herbst 2017

Neuigkeiten von ESC, TCT und AHA

Der letzte Hamburger Herz-Kreislauf-Tag liegt nun schon einige Monate zurück und die Vorbereitung für das Symposium **am 23. Juni 2018 im Curio-Haus** läuft bereits auf vollen Touren.

Inzwischen wurden auf den großen „Herzkongressen“ in Barcelona (Europäischer Kardiologenkongress), Denver/USA (Transcatheter Cardiovascular Therapeutics, TCT) sowie Anaheim/USA (AHA) eine Reihe neuer Studien vorgestellt, die neue Aspekte in unsere Routineversorgung bringen.

Wir möchten im Folgenden kurz die wichtigsten Eckpunkte für Sie zusammenfassen:

Koronare Herzkrankheit

LDL-Cholesterin

Die PCSK9 Inhibitoren erlauben bisher unbekannt niedrige LDL zu erreichen. Subgruppenanalysen der FOURIER Studie (PCSK9 Inhibitor Repatha/Amgen) zeigen einen Benefit bzgl. harter Endpunkte (Tod, neuer Infarkt, Schlaganfall) insbesondere bei Patienten mit pAVK zusätzlich zur KHK sowie einer 3-Gefäßerkrankung; hier sollten also in jedem Fall die aktuellen Grenzwerte von 70mg/dl LDL-C erreicht werden.

Blutdrucksenkung

Die neuen Bluthochdruckleitlinien der amerikanischen Herz-Kreislauf-Gesellschaft sehen einen Ziel-Blutdruck von 130/80mmHg vor. Die neuen Leitlinien setzen einen Schwerpunkt auf Lebensstiländerungen. Die Intensivierung der medikamentösen Therapie zielt vor allem auf Patienten mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko. Dies kann mit einem neuen Risikoscore erfasst werden.

Plättchenhemmung bei Vorhofflimmern und Stent/akutem Koronarsyndrom

Ähnlich wie die beiden Studien WOEST (2012) und PIONEER-AF (2016) hat auch die REDUAL-PCI Studie (ESC 2017) gezeigt, dass in der Konstellation KHK und Vorhofflimmern die Therapie mit NOAC (hier: Dabigatran/Pradaxa) und Clopidogrel bessere Ergebnisse erzielt als selbst eine kurzzeitige 3-monatige Tripletherapie mit ASS/Clopidogrel/Marcumar.

Die PIONEER-AF Studie lieferte ja schon im Frühjahr 2017 gute Daten auch bzgl. der Kombination Rivaroxaban/Xarelto 15mg 1x1 + Clopidogrel. Zusammenfassend sollte daher kein Patient mehr, mit Vorhofflimmern und koronarer Herzkrankheit, mit ASS behandelt werden. Die Kombination NOAC + Clopidogrel dürfte zum Standard werden.

Antikoagulation bei KHK?

Die COMPASS-Studie (ESC 2017) konnte zeigen, dass bei Patienten im Sinusrhythmus, mit hohem Risiko eines Herzinfarktes, durch die Gabe von 2 x 2,5mg Rivaroxaban, zusätzlich zu ASS, eine signifikante Risikoreduktion erreicht wird. Dabei wurde das Blutungsrisiko nur gering erhöht.

Die medikamentöse Prophylaxe kann daher intensiviert werden:

Möglichkeit 1: 1 Jahr Ticagrelor 90mg 1-0-1, dann 60mg 1-0-1 im Jahr 2 & 3 plus ASS.

Möglichkeit 2: ASS + Rivaroxaban 2,5mg 1-0-1 (+ Clopidogrel im ersten Jahr nach einem akuten Koronarsyndrom).

Die Zulassung für die Dauertherapie mit 2,5mg Rivaroxaban wird aktuell beantragt; Ticagrelor 60mg ist seit 2016 zugelassen.

Interventionelle KHK Therapie

Die randomisierte EXCEL-Studie (TCT 2017) zum Thema PCI bei Hauptstammstenose hat gezeigt, dass bei einfacher und intermediärer Komplexität der KHK, die PCI gleichwertige Ergebnisse erreicht - im Vergleich zur operativen Revaskularisation. Ausreichende Erfahrung in der Behandlung dieser Lokalisation sowie ggf. eine zusätzliche invasive Bildgebung scheinen jedoch notwendig zu sein.

Der mit großen Hoffnungen gestartete „ABSORB“ Stent wird weltweit nicht weiter verkauft; in den ersten 3 Jahren während der Resorption des Gerüsts („Scaffold“) treten im Vergleich zum drug-eluting Stent „Xience“ mehr Stentthrombosen auf. Der Unterschied beträgt 2,3% (Absorb) vs. 0,7% (Xience). Innovationen in diesem Bereich kommen von der deutschen Medizintechnikfirma Biotronik, die den resorbierbaren Magnesium-stent „Magmaris“ weiter untersucht. Biotronik´s drug-eluting Stent Orsiro mit sehr dünnen Struts hat zudem bessere Ergebnisse erzielt als der etablierte Xience.

Vorhofflimmern/Schlaganfallvorsorge

In der Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern erzielen die NOAC´s auch in den „real-world“ Register-Analysen sehr gute Ergebnisse; als Alternativen bei Patienten mit Blutungsereignissen steht der interventionelle Vorhofohrverschluss zur Verfügung. Die Sekundärprophylaxe bei Patienten mit kryptogenem Schlaganfall war bisher jedoch unklar. Nun hat die Auswertung mehrerer großer Studien mit > 5 Jahren follow up gezeigt, dass Patienten nach kryptogenem Schlaganfall und einem offenen Foramen ovale besser durch einen PFO Occluder vor Zweitereignissen geschützt werden, als mittels medikamentöser Therapie.

Herzinsuffizienz

Mit großer Resonanz sind neue Daten zur Pulmonalvenenisolation (PVI) aufgenommen worden: Die CASTLE-AF Studie hat bei Patienten mit Herzinsuffizienz die medikamentöse Frequenzkontrolle mit einer interventionellen Rhythmuskontrolle verglichen. Die Ergebnisse waren überraschend eindeutig: Patienten im Arm „Rhythmuskontrolle“ ,inklusive zum Teil wiederholter PVI, mussten deutlich seltener mit kardialen Dekompensationen rechnen als Patienten im Behandlungsarm „Frequenzkontrolle“. Die Option einer interventionellen Rhythmuskontrolle mittels PVI sollte bei Patienten mit Herzinsuffizienz daher immer geprüft und im Zweifel frühzeitig im Krankheitsverlauf zum Einsatz kommen.