



Newsletter | Hamburger HerzKreislaufTag | Frühjahr 2018

Neuigkeiten vom „American College of Cardiology“ (ACC) Jahreskongress

Der 4. Hamburger HerzKreislaufTag am 23. Juni 2018 im Curiohaus steht vor der Tür; zwischen 8:30 und 17:30 Uhr werden wir erneut fallbasiert aktuelle Entwicklungen der HerzKreislaufmedizin diskutieren und die Brücke zwischen Leitlinien und neuen Studiendaten auf der einen Seite sowie dem Alltag in Praxis und Klinik auf der anderen Seite zu schlagen.

Während des „American College of Cardiology“ (ACC) Jahreskongress Anfang März 2018 sind eine Reihe neuer Studien vorgestellt worden, die Einfluss auf Leitlinien und tägliche Praxis nehmen werden:

LDL Cholesterinsenkung auf Werte < 70mg/dl?

Schon auf dem ACC 2017 hatte die FOURIER Studie mit 27,564 Patienten für viel Diskussion gesorgt: bei Patienten mit bekannter KHK oder pAVK führte die Senkung des LDL Cholesterins von im Mittel 92mg/dl auf 30mg/dl mittels PCSK9 Inhibitor Injektion (Evolucomab, Repatha) alle 2 oder 4 Wochen subkutan on top einer Statin Behandlung zu einer signifikanten Reduktion harter Endpunkte, konkret Tod, Myokardinfarkt und Schlaganfall nach 3 Jahren. Der Effekt war besonders ausgeprägt bei Hochrisikopatienten, z.B. Patienten mit 3-Gefäßerkrankung oder zusätzlich einer pAVK. Auf dem ACC 2018 wurde nun die ODYSSEY Studie vorgestellt: 18,924 Patienten mit einem STEMI/NSTEMI oder einer instabilen Angina in den 12 Monaten vor Studieneinschluss injizierten sich subkutan randomisiert alle 2 Wochen entweder den PCSK9 Inhibitor (Alirocumab, Praluent) oder Placebo. Alle Patienten nahmen vor Studieneinschluss Atorvastatin oder Rosuvastatin ein; das LDL Cholesterin war aber trotz Behandlung noch > 70mg/dl. Nach 4 Jahren war das LDL in der Placebogruppe im Mittel 101mg/dl, die Behandlungsgruppe wies im Mittel ein LDL Cholesterin von 53mg/dl auf. Die Placebogruppe erlitt in diesem Zeitraum 1052 Ereignisse (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall, instabile Angina), die Gruppe mit Alirocumab nur 903 Ereignisse – ein hochsignifikanter Unterschied. Insbesondere die Zahl nicht-tödlicher Herzinfarkte konnte gesenkt werden (722 vs 626 Patienten). Beide Studien belegen den Nutzen einer Senkung des LDL Cholesterins auf unter 70mg/dl bei Hochrisikopatienten; dabei scheinen nach weiteren detaillierten Analysen insbesondere die Patienten mit höheren Ausgangswerten bzgl. des LDL Cholesterin (> 115mg/dl) sowie Patienten nach STEMI/NSTEMI zu profitieren. Aktuell sind die beiden Präparate Repatha und Praluent in Deutschland unter strikten Auflagen in der Routine verfügbar; es wird erwartet dass der GBA im Herbst eine neue Nutzenbewertung vornimmt. Um die LDL Cholesterinwerte der aktuellen Leitlinie zu erreichen stehen seit Anfang 2018 neu die Substanzen Rosuvastatin (Standarddosis 10mg) und Ezetimibe (Standarddosis 10mg) generisch zur Verfügung. Die Kombination beider Wirkprinzipien (Blockade der LDL Synthese in der Leber sowie der (Re-) Cholesterinaufnahme im Darm) hat sich ebenfalls als sehr effektiv in der Cholesterinsenkung erwiesen.

Defi-weste nach Myokardinfarkt bei EF < 35%?

Die Implantation eines ICD bei Patienten innerhalb der ersten 3 Monate nach Myokardinfarkt und einer Auswurfleistung < 35% wird aufgrund von älteren Studiendaten nicht empfohlen. Um diese Patienten trotzdem vor einem plötzlichen Herztod zu bewahren steht seit einigen Jahren die „Defi-weste“ zur Verfügung; der Ansatz mit der Zoll LifeVest den plötzlichen Herztod in dieser frühen Phase zu vermeiden und anschliessend über die Implantation eines ICD zu entscheiden wurde nun in der „VEST“ Studie überprüft. Die Ergebnisse sind widersprüchlich: die Ereignisrate in den 2302 Patienten war niedriger als erwartet; die Verwendung der Weste führte nicht zu einer signifikanten Reduktion des „plötzlichen Herztodes“. Allerdings war die Gesamtmortalität in der Gruppe mit LifeVest gesenkt; die Autoren spekulieren dass diese Daten eine Wirksamkeit der engeren Überwachung mittels LifeVest nahelegen. Die Studie wurde auf dem Kongress kritisch diskutiert; ein generelle Einsatz nach unkompliziertem Myokardinfarkt ist sicher nicht angezeigt; die Therapie von Hochrisikopatienten (symptomatische Herzinsuffizienz, stark erhöhtes NT-proBNP, ventrikuläre Rhythmusstörungen) als Überbrückung zur Entscheidung für oder gegen einen implantierten ICD wird jedoch von vielen weiterhin befürwortet.

Real-world Daten bestätigen kardiovaskulären Schutz durch SGLT2 Inhibitoren

Seit 2012 stehen SGLT-2 Inhibitoren zur Behandlung des Diabetes bei Patienten mit normaler oder nur leicht eingeschränkter Nierenfunktion zur Verfügung; randomisierte Studien z.B. mit dem Präparat Empagliflozin (Jardiance 10mg 1x1) ergaben eine deutliche Senkung kardiovaskulärer Endpunkte insbesondere bei Patienten Herzinsuffizienz. Klinische Forscher aus dem pazifischen Raum haben jetzt anhand von Krankenkassendaten von 235.065 Diabetes-Patienten erneut die kardiovaskuläre Ereignisrate bei mit Dapagliflozin oder Empagliflozin behandelten Patienten im Vergleich zu Patienten ohne SGLT2 Inhibitor untersucht. In der „matched-pair“ Analyse bestätigte sich ein deutlicher, positiver Effekt dieser Substanzklasse auch bzgl. Myokardinfarkt und Schlaganfall. Insbesondere wenn schon ein kardiovaskuläres Ereignis eingetreten ist sollte daher über den Einsatz dieser Medikamente bei Diabetespatienten diskutiert werden.

Neue ESC Guidelines zur Synkopenabklärung

Die europäische Gesellschaft hat eine neue Leitlinie zur Synkopenabklärung veröffentlicht; sie kann kostenlos von der ESC Webseite geladen werden. Die Bedeutung der Kipptischuntersuchung sowie des Langzeit-EKG sind gesunken; bei Risikopatienten wird dagegen die elektrophysiologische Untersuchung und mögliche Schrittmacherimplantation aufgrund neuer Daten empfohlen. Klare Kriterien für die Risikoeinschätzung des einzelnen Patienten in Notaufnahme oder Praxis sind festgehalten.

Triple-therapie nach PCI bei Vorhofflimmerpatienten?

Sowohl die jüngsten Studien als auch eine neue Meta-analyse kommen zum gleichen Ergebnis: die 3-fach Therapie mit dualer Plättchenhemmung (ASS, Clopidogrel) und oraler Antiokoagulation (Marcumar, NOAC) geht mit einem erheblichen Blutungsrisiko einher. Die alleinige Kombination von Clopidogrel + NOAC nach der Krankenhausentlassung ist genau so sicher; es treten jedoch deutlich weniger Blutungen auf. Es wird erwartet das diese Schlussfolgerung auch Eingang in neue Leitlinien findet.