



Newsletter | Hamburger Herz-Kreislauf-Tag | Frühjahr 2019

Gerade aufgrund der Vielzahl der heute verfügbaren Informationsquellen erscheint es wichtig einen kurzen Blick auf die Originaldaten zu werfen und eine unabhängige Interpretation vorzunehmen. Im kardiovaskulären Bereich haben dabei neue Daten von den beiden jüngsten Kongressen wesentliche Impulse gesetzt: American College of Cardiology (ACC) in New Orleans und Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Mannheim. Anbei die Zusammenfassung der aus meiner Sicht wichtigsten Ergebnisse.

Plättchenhemmung: Ende der ASS Ära?

In den vergangenen Jahren ist es zu einem Umdenken im Bereich der "Triple-therapie" gekommen; spätestens nach 4 Wochen kann bei KHK-Patienten mit Indikation für eine orale Antikoagulation aufgrund von Vorhofflimmern das ASS abgesetzt werden und auf die Kombinationstherapie NOAC + Clopidogrel reduziert werden; nach den Studien für Rivaroxaban (PIONEER-AF) und Dabigatran (REDUAL-PCI) wurde jetzt die **AUGUSTUS** Studie vorgestellt: 4.614 Vorhofflimmerpatienten aus 33 Ländern erhielten nach PCI mit Stent oder einem akuten Koronarsyndrom (Troppos) Clopidogrel und - doppelblind, randomisiert - Phenprocoumon vs. Apixaban und ASS vs. Placebo (2x2 design). Zwischen den Behandlungsgruppen gab es keinerlei Unterschiede bzgl. des Auftretens von neuen ischämischen Ereignissen (Infarkt, Schlaganfall, Stent Thrombose oder neue Revaskularisierung); die Gruppe von Patienten mit Apixaban hatte signifikant weniger Blutungen, Todesfälle oder Hospitalisierungen als die Gruppe mit Phenprocoumon. Die Gruppe ohne Aspirin hatte signifikant seltener Blutungen. Zusammenfassend kann daher als Standardtherapie das ASS abgesetzt werden und die Kombination **NOAC + Clopidogrel** verwendet werden; meist für 1 Jahr. Anschliessend kann schon nach allen aktuellen Leitlinien auf die alleinige Gabe einer oralen Antikoagulation reduziert werden.

Aber der Nutzen der ASS Gabe steht auch bei anderen Patientengruppen auf dem Prüfstand: Schon im letzten Jahr hatten 2 große Studien zur Infarkt-Primärprophylaxe bei Risikopatienten (Patient > 50 Jahre, 1 Risikofaktor) keinen Nutzen für ASS nachweisen können; nur die frühzeitige Senkung des LDL-C kann aktuell in diesem Bereich überzeugen. Überraschend schnell sind nun auch große Studien vorgelegt worden, die den Einsatz von ASS in der Sekundärprophylaxe der KHK in Frage stellen: die **STOPDAPT-2** Studie konnte doppelblind, randomisiert bei 3.045 japanischen Patienten ab 4 Wochen nach DES Implantation keinen Vorteil der doppelten Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel (DAPT) im Vergleich zu einer Monotherapie mit Clopidogrel nachweisen; nach 12 Monaten bestand der einzige Unterschied zwischen den Gruppen in einer Senkung der Blutungsraten um 74% zugunsten der Clopidogrel Monotherapie (Blutungsraten 0,4% Monotherapie Clopidogrel vs 1,5% DAPT). Zu ähnlichen Ergebnissen kam die **SMART-CHOICE** Studie mit 2993 Patienten, die ab 3 Monate nach PCI entweder die Monotherapie mit Clopidogrel oder eine DAPT erhielten. Nach 12 Monaten gab es nur bzgl. der Blutungsraten einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen: 2,0 vs. 3,4% zugunsten der Monotherapie.

Damit scheinen die Tage der breitgestreuten KHK Prophylaxe mit ASS gezählt; schon jetzt kann bei Nebenwirkungen (Blutungen, Magenbeschwerden etc.) sicherlich auf das neue Therapieschema mit Monotherapie Clopidogrel oder Ticagrelor gewechselt werden - vielleicht ein besseres Konzept als die ebenfalls breitgestreute Dauertherapie mit PPI-Hemmern?

Schlaganfallprophylaxe/Vorhofflimmer-detektion: Beginn einer neuen Ära?

Knapp 90% aller Schlaganfälle im Alter sind ischämisch bedingt, die meisten davon im Zusammenhang mit einem unentdeckten, nicht selten asymptomatischem, Vorhofflimmern. Schon lange ist bekannt, dass bei Risikopatienten ein übliches 24h Langzeit-EKG völlig unzureichend ist um paroxysmales Vorhofflimmern zu bestätigen oder auszuschließen. Implantierbare Biomonitore mit Langzeitüberwachung und speziellen Detektionsalgorithmen sind verfügbar aber nur selten eingesetzt; nicht zuletzt aufgrund des bisher vielfach

fehlenden Reimbursement.

Nun zeichnet sich ergänzend eine Möglichkeit ab die diagnostische Lücke zu füllen: Smartwatches nutzen plethysmographische und elektrokardiografische Daten um mit speziellen Algorithmen den Verdacht auf Vorhofflimmern zu erhärten und Patienten zu identifizieren, bei denen dann mit weiteren diagnostischen Tests tatsächlich Vorhofflimmern nachgewiesen wird. Erste Studien zeigen einen recht guten prädiktiven Wert. Die bisher größte Studie mit 419.297 Nutzern der AppleWatch wurde jetzt vorgestellt („Apple Heart Study“): eine zusätzliche, inzwischen auch in Europa mit einem CE Mark verfügbare App identifizierte 2.161 Teilnehmer (0,52%) mit einem irregulärem Rhythmus. Dieser war definiert als 5 von 6 Phasen mit irregulärem Puls innerhalb von 48h. Die identifizierten Teilnehmer wurden über eine Telesprechstunde konsultiert; 658 von Ihnen erhielten ein dauerhaft zu tragendes EKG Patch mit mehreren Elektroden. Nur 450 Teilnehmer schickten das Patch zur Analyse zurück in das Studienzentrum; bei 34% dieser Patienten konnte die Diagnose paroxysmales Vorhofflimmern eindeutig gestellt werden (0,14% der initialen Teilnehmerzahl).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die deutsche, durch das Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauforschung (DZHK) finanzierte WATCH-AF Studie unter Leitung von Prof. Dörr, Uni Greifswald: die App „Preventicus“ die zB auf der Gear Fit 2 (Samsung) läuft überprüfte an 650 hospitalisierten VHFli-Patienten die Detektion. Der prädiktive Wert war beachtlich positiv (>90%) auch wenn bei 21% der Patienten aufgrund schlechter Signalqualität die erhobenen Daten nicht auswertbar waren.

Die AppleWatch oder die Gear Fit 2 werden auf der Basis dieser Daten sicherlich nicht für die medizinische Diagnostik bei Risikopatienten zum Einsatz kommen; Patienten können aber die zusätzliche EKG Funktion der SmartWatch nutzen um ein Vorscreening durchzuführen und weitere diagnostische Maßnahmen wie implantierbare Devices, externe Langzeit-EKG Monitore wie der EKG Patch oder das System CardioSecur zu rechtfertigen.

Interventionelle Behandlung von Klappenvitien: auch bei mittlerem OP Risiko?

Schon im letzten Herbst hatte die COAPT Studie mit sehr eindeutigen Daten zu Hospitalisierung und Mortalität von Herzinsuffizienzpatienten mit Mitralklappeninsuffizienz die Evidenz zugunsten der interventionellen Klappentherapie verschoben. Nun wurden Daten zur Behandlung der Aortenklappenstenose mittels TAVI bei Patienten ohne erhöhtes OP Risiko vorgestellt: die Partner 3 Studie unter Verwendung der in Deutschland schon seit mehreren Jahren verfügbaren Sapien 3 Klappe konnte für diese Patientengruppe erstmals nicht nur ein gleich gutes Ergebnis vorweisen sondern sogar eine Überlegenheit der TAVI bzgl. harter klinischer Endpunkte nachweisen.