

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongressbericht: ESC 2015 - "Hot Topics"

Auer J

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2016; 23
(1-2), 26-29

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Kongressbericht: ESC 2015 – „Hot Topics“

J. Auer

Aus der 1. Internen Abteilung mit Kardiologie und Interne Intensivmedizin, Krankenhaus „St. Josef“ Braunau

Vom **29.8.–2.9.2015** fand der **ESC-Kongress 2015 in London** statt. Im Folgenden werden die „Hot Topics“ des Kongresses zusammengefasst.

■ Therapieresistente Hypertonie – Indikation für Spironolacton?

Die Pathway-II-Studie untersuchte die Wirksamkeit unterschiedlicher Therapiestrategien bei Patienten mit therapieresistanter Hypertonie, die definitionsgemäß unter einer medikamentösen Dreifachkombination nicht ausreichend einstellbar waren (Klinik-Blutdruck > 140 mmHg systolisch bei Nicht-Diabetikern bzw. bei 135 mmHg bei Diabetikern und Heim-Selbstmessung > 130 mmHg systolisch). Die Patienten erhielten randomisiert über einen Zeitraum von 12 Wochen sequentiell eine Therapie mit Spironolacton in einer Dosierung von 25–50 mg, Bisoprolol in einer Dosis von 5–10 mg und Doxazosin in einer Dosis von 4–8 mg, sowie Placebo (Abb. 1).

Es konnte gezeigt werden, dass unter Spironolacton im Vergleich zu den anderen Therapiestrategien eine bessere Blutdrucksenkung erzielt werden konnte.

Bei fast 2/3 der Patienten konnte unter Spironolacton eine optimale Blutdruckeinstellung erreicht werden. Damit liegen nun erstmals Daten aus einer prospektiven randomisierten Studie vor, die dieses, bereits in einzelnen Guidelines erwähnte, Therapiekonzept unterstreichen. Für die Praxis kann schlussgefolgert werden, dass Spironolacton als bevorzugte Behandlungsstrategie bei therapieresistenten Hypertonikern eingesetzt werden kann.

■ Adaptive Servoventilation bei zentraler Schlafapnoe bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz – besseres Befinden, aber höhere Mortalität?

Überraschende Ergebnisse lieferte die SERVE-HF-Studie, bei der 1325 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und ein-

geschränkter LV-Pumpfunktion und gleichzeitig vorliegendem zentralem Schlafapnoe-Syndrom, randomisiert entweder einer alleinigen medikamentösen Therapie oder zusätzlicher adaptiver Servoventilation unterzogen wurden.

Die Behandlung wurde für mindestens fünf Stunden pro Nacht über sieben Tage in der Woche durchgeführt. Bei der adaptiven Servoventilation handelt es sich um eine modifizierte CPAP-Therapie mit Anpassung des Beatmungsdrucks in Abhängigkeit vom Atemfluss.

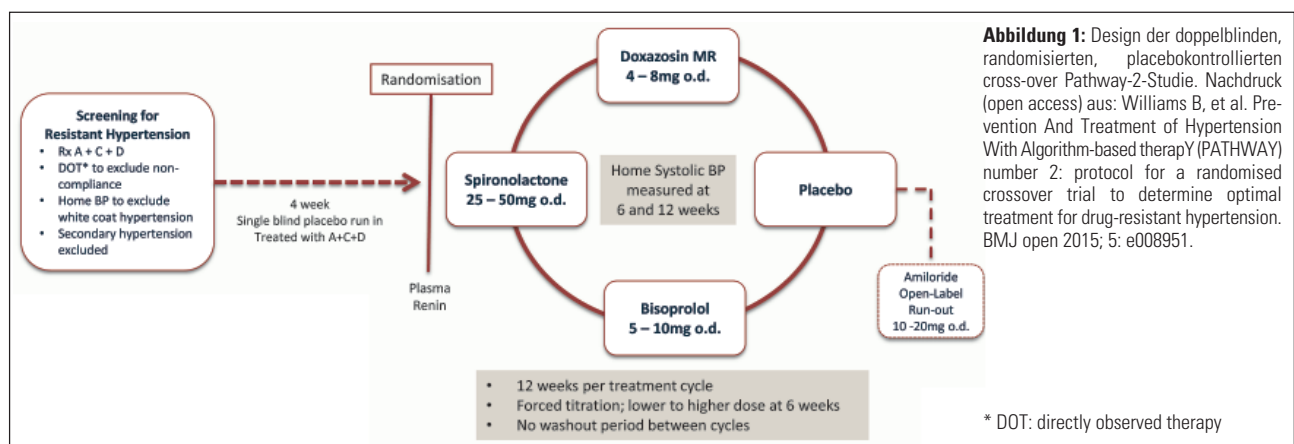
Die überraschenden Ergebnisse zeigten, dass nach einem Beobachtungszeitraum von 31 Monaten, trotz Effektivität hinsichtlich der zentralen Apnoe, der primäre Endpunkt (Gesamtmortalität, Hospitalisierung wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz oder lebenserhaltende CV-Interventionen) in beiden Gruppen nicht unterschiedlich war.

Es konnte kein Benefit der adaptiven Servoventilation hinsichtlich Lebensqualität, 6-Minuten-Gehtest und klinischer Symptomatik dokumentiert werden. Bemerkenswert ist, dass in der Behandlungsgruppe mit adaptiver Servoventilation die Mortalität im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höher war. Aufgrund dieser Daten ist eine Anwendung dieses Behandlungskonzeptes bei Herzinsuffizienz-Patienten mit zentraler Schlafapnoe nicht indiziert.

Festzuhalten ist allerdings, dass die Ergebnisse dieser Studie nicht *a priori* auf Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom übertragen werden können.

■ Eine NSAR-Therapie ist sicher bei Patienten ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen

In den vergangenen Jahren wurde eine Steigerung des kardiovaskulären Risikos bei Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen unter einer NSAR-Therapie intensiv diskutiert.



In der am ESC in London vorgestellten ASCOT-Studie wurde das kardiovaskuläre und gastrointestinale Risiko von NSAR im Vergleich zum selektiven Cox-2-Hemmer Celecoxib bei Patienten mit Arthrose oder rheumatoider Arthritis ohne bekannte kardiovaskuläre Grunderkrankung analysiert. Es wurden insgesamt 7297 Patienten in die Studie eingeschlossen. Alle Patienten hatten eine Vorbehandlung mit NSAR und wurden in weiterer Folge zu einer Behandlung mit Celecoxib oder einem beliebigen NSAR randomisiert. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug insgesamt im Mittel 3,2 Jahre. Die Häufigkeit des primären Endpunktes (kardiovaskulärer Tod oder Hospitalisierung wegen Myokardinfarkt oder Schlaganfall) war nicht unterschiedlich zwischen den beiden Behandlungsgruppen.

Gastrointestinale Komplikationen (Krankenhaus-Einweisungen oder Todesfälle wegen gastrointestinaler Blutungen) traten in beiden Studienarmen selten und nicht statistisch signifikant unterschiedlich auf.

Man kann zusammenfassen, dass trotz des erhöhten kardiovaskulären Risikos unter NSAR-Therapie bei Patienten mit kardiovaskulären Grunderkrankungen für eine NSAR-Behandlung bei kardiovaskulär gesunden Patienten offenbar keine Sicherheitsbedenken bestehen.

■ Stenting beim STEMI: Absorb oder doch besser DE-Metallstent?

In der TROFI-II-Studie wurden 191 Patienten mit ST-Streckenhebungsinfarkt für eine Behandlung mit einem bioresorbierbaren Stentstruts (Absorb) oder einem Everolimus-eluierenden Metallstent (Xience) eingeschlossen. Patienten im kardiogenen Schock oder mit stark angulierten bzw. kalzifizierten Gefäßen wurden ausgeschlossen. Der primäre Endpunkt dieser Studie war ein „Healing-Score“, wobei unterschiedliche Parameter einschl. Malapposition und inkomplette Endothelialisierung beinhaltet waren.

Bemerkenswert ist, dass in der Absorb-Gruppe der Stent-Diameter signifikant größer war als in der Metall-Stent-Gruppe und in der Absorb-Gruppe im Vergleich zum Metallstent signifikant häufiger eine Nachdehnung durchgeführt wurde. Im Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten waren die Ergebnisse hinsichtlich der „Gefäßheilung“ nicht unterschiedlich zwischen dem Absorb-BVS und dem Metallstent. Bei den mit Metallstent behandelten Patienten fand sich ein etwas geringerer „late lumen loss“. Im Gegensatz dazu war die Häufigkeit von Malapposition und inkomplett endothelialisiertem Stentsdraht in der Absorb-Gruppe etwas geringer. Die klinische Nachbeobachtung zeigte eine Device-Thrombose mit Myokardinfarkt (in der Absorb-Gruppe).

Festzuhalten ist, dass für den Einschluss von 191 Patienten in diese Studie > 2000 Patienten gescreent wurden. Es handelt sich also um eine erheblich selektierte Patientengruppe, sodass die Daten dieser Studie schwer in einen klinischen Alltag übertragen werden können.

Bis zum Vorliegen größerer randomisierter Studien mit harten Endpunkten ist weiterhin die Anwendung von Drug eluting-

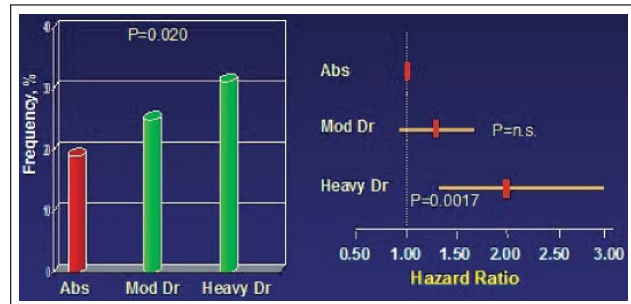


Abbildung 2: Häufigkeit und Hazard-Ratio der Inzidenz von Prädiabetes abhängig von der konsumierten Menge Kaffee. Aus: Mos L, et al. Long term cardiovascular and metabolic effects of coffee consumption in young hypertensive subjects: results from HARVEST study. ESC Congress 2015, 29.8–2.9.2015, London, UK; Abstract P899. Mit freundlicher Genehmigung von © Dr. L. Mos.

Metallstents bei Patienten mit STEMI als Standardtherapie anzusehen.

■ Ist Kaffee kardioprotektiv?

In einer prospektiven Analyse (HARVEST-Studie) wurde bei > 1200 Personen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren die Rolle von Kaffeegeuss für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen untersucht. Die eingeschlossenen Patienten hatten einen nicht-behandelten Bluthochdruck Grad 1 (Abb. 2).

Es konnte gezeigt werden, dass die Rate an neu diagnostiziertem Prädiabetes in der Gruppe von Personen, die täglich vier oder mehr Tassen Kaffee tranken, etwa doppelt so hoch war wie bei „Nicht-Kaffeetrinkern“. Nach einem Beobachtungszeitraum von 12 Jahren zeigte sich bei Personen, die täglich vier oder mehr Tassen Kaffee getrunken hatten, im Vergleich zu jenen Personen mit Kaffeekonsum von drei Tassen oder weniger täglich, ein drei- bis vierfach höheres Risiko für die Entwicklung von kardiovaskulären Ereignissen.

■ Telemonitoring des Volume Status – Ready for prime time?

In der OptiLink-HF-Studie wurde bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und implantierten Resynchronisationsgeräten oder mit einem Kardioverter-Defibrillator (AICD) die Bedeutung des Telemonitorings des Volums-Status durch intrathorakale Impedanzmessung im Hinblick auf das Outcome untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass unter einer Managementstrategie mit Einschluss von Telemonitoring des Volumenstatus weder die Sterberate noch die Häufigkeit kardiovaskulärer Hospitalisierungen reduziert werden kann.

Bevor dieses Monitoring bzw. Managementkonzept in der klinischen Routine Anwendung finden kann, sind weitere Analysen hinsichtlich der Implementierung in die Gesamtstrategie ambulanter Managementkonzepte für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz erforderlich.

■ Sondenloser Schrittmacher – eine Standardbestimmung

Es wurde die LEADLESS-II-Studie, eine prospektive nicht-randomisierte Untersuchung an 526 Patienten mit permanenter Versorgung mit einem ventrikulären Einkammerschrittmacher

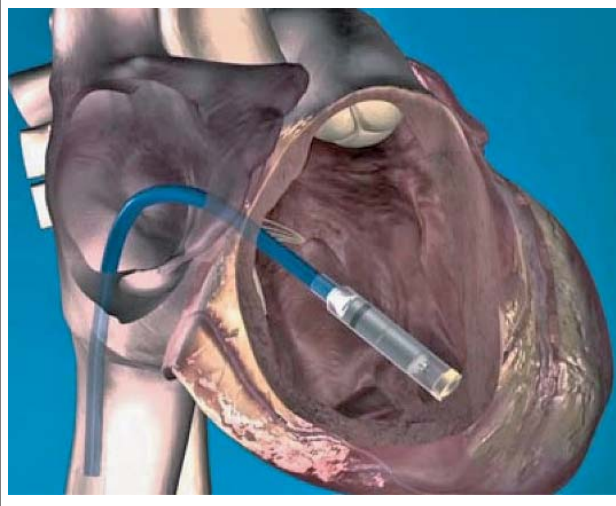


Abbildung 3: Schematische Darstellung eines sondenlosen Einkammerschrittmachersystems (Micra®, Fa. Medtronic) des transvenös unter Verwendung eines steuerbaren Implantationskatheters im rechten Ventrikel positioniert wird. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von © Medtronic.

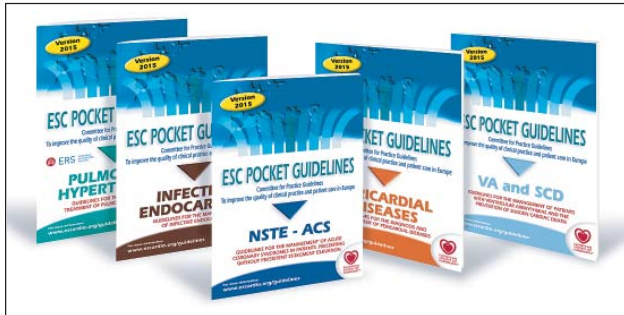


Abbildung 4: ESC-Pocket-Guidelines 2015. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der ESC. © European Society of Cardiology.

chersystem, vorgestellt. Dieser direkt in den rechten Ventrikel implantierte frequenzadaptive Schrittmacher, der transvenös unter Verwendung eines steuerbaren Implantationskatheters positioniert wird, wurde im Hinblick auf Effektivität und Sicherheit evaluiert. Während einer sechsmonatigen Beobachtungszeit konnte ein gutes Effektivitäts- und Sicherheitsprofil gezeigt werden.

Diese ersten Ergebnisse sind vielversprechend und ein wichtiger Schritt in der Entwicklung einer Alternative zu konventionellen Schrittmachersonden, die eine Limitation im heutigen Therapiekonzept der kardialen Rhythmusmanagements darstellen (Abb. 3).

■ ESC-Kongress 2015 – Der Kongress der neuen Leitlinien?

Insgesamt wurden auf diesem Kongress fünf neue Leitlinien zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen vorgestellt (Abb. 4):

- Ventrikuläre Arrhythmien und plötzlicher Herztod
- Nicht ST-Streckenhebungsinfarkt
- Perikardiale Erkrankungen
- Endokarditisbehandlung
- Pulmonale Hypertonie

Im Folgenden sind selektierte bemerkenswerte Innovationen aus den fünf neuen Leitlinien kurz zusammengefasst.

Ventrikuläre Arrhythmien und plötzlicher Herztod

Erstmalig ist in den aktuellen Guidelines die Empfehlung enthalten, bei jungen Patienten, die an einen plötzlichen Herztod verstorben sind, post mortem eine DNA-Analyse im Hinblick auf mögliche genetische Ursachen für den plötzlichen Herztod durchzuführen, um eine Prävention bei potenziell gefährdeten Familienmitgliedern planen zu können.

Klargestellt wird in den neuen Leitlinien eine Re-Evaluierung der LV-Pumpfunktion, etwa 6–12 Wochen nach einem akuten Myokardinfarkt, um über die Indikation einer primärprophylaktischen AICD-Implantation entscheiden zu können.

NSTEMI

In den neuen Richtlinien ist eine klare Empfehlung für die Favourisierung des transradialen Zugangs gegenüber dem transfemoralen Zugang formuliert.

Bemerkenswert ist ein abgekürzter Algorithmus für die Primärdiagnose des NSTEMI.

Eine Analyse des hs-Troponins zum Präsentationszeitpunkt und nach einer Stunde liefert, verglichen zu einem früher empfohlenen Diagnoseregime über drei Stunden, vergleichbare Ergebnisse und kann damit die Diagnostik und Einleitung der Behandlung bzw. die Entlassung des Patienten aus der stationären Beobachtung beschleunigen.

Für die Dauer der dualen Antiplättchentherapie bleibt als allgemeine Empfehlung der Zeitraum von 12 Monaten. In der neuen Fassung der Richtlinien wird aber eine verkürzte Behandlungsdauer auf 3–6 Monate für Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko, bzw. einer Verlängerung der Behandlungsdauer bis 30 Monate bei Patienten mit erhöhtem ischämischen Risiko ermöglicht.

Die aktuellen Richtlinien geben in Bezug auf den Zeitpunkt einer Vorbehandlung mit einem P2Y₁₂-Inhibitor vor Durchführung einer invasiven Diagnostik bei Patienten mit NSTEMI (entgegen den vorausgehenden Richtlinien) nunmehr für alle Substanzen keine Empfehlung ab. Positive Daten, die eine entsprechende (auch prähospital) Vorbehandlung unterstützen würden fehlen. Für die Praxis kann schlussgefolgert werden, dass für die weitaus überwiegende Anzahl der NSTEMI-Patienten eine Therapie mit einem P2Y₁₂-Hemmer zum Zeitpunkt der Herzkatheteruntersuchung ausreicht und eine Vorbehandlung nicht erforderlich ist.

Perikarderkrankungen

Im Zentrum der neuen Guidelines zu Perikarderkrankungen steht zweifelsfrei das in den vergangenen Jahren intensiv klinisch untersuchte Colchicin. Diese Medikation findet in Kombination mit ASS oder NSAR nunmehr einen festen Platz in der Erstlinientherapie bei akuter Perikarditis.

Endokarditisguidelines

Eine wesentliche Änderung, im Vergleich zu den vorausgehenden Richtlinien, ist eine Erweiterung der Empfehlungen hinsichtlich der bildgebenden Verfahren (über die Echokardiographie hinausgehend). In selektierten Fällen kann der Einsatz

multimodaler bildgebender Methoden die Diagnostik und das Management verbessern. In den neuen Diagnosealgorithmus wurde das PET-CT aufgenommen.

Für das Management von Patienten mit Endokarditis wird eine interdisziplinäre Betreuung im Sinne eines Heart-Teams bestehend aus Kardiologen, Herzchirurgen und Infektiologen gefordert.

Die neuen Guidelines unterstreichen die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose und einer unmittelbaren nach Diagnosestellung eingeleiteten antibiotischen Therapie und weisen auf eine mögliche Verbesserung des frühzeitigen Einsatzes einer chirurgischen Therapie bei selektierten Patienten hin.

Pulmonale Hypertonie

Es wird ein neuer Behandlungsalgorithmus vorgestellt, bei dem die Therapiestrategien wesentlich vom Risikoprofil des individuellen Patienten abhängig sind. Neben sequenziellem Einsatz der verfügbaren Therapeutika wird auch der initiale Einsatz einer Kombinationstherapie mit PH-spezifischen Medikamenten empfohlen und erstmalig auch der sehr frühzeiti-

ge Einsatz einer Lungentransplantation zur Behandlung selektierter Patienten mit pulmonaler Hypertonie in Betracht gezogen.

Die Durchführung einer Rechtsherzkatheteruntersuchung ist für die Diagnosebestätigung einer pulmonalarteriellen Hypertonie obligat.

Für die chronisch-thromboembolische pulmonale Hypertonie wird ein aktualisierter Therapiealgorithmus mit Einschluss einer chirurgischen, interventionellen und medikamentösen Behandlungsstrategie vorgestellt.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Johann Auer, FESC, FACC
Abteilung für Innere Medizin 1 mit Kardiologie und Interne
Intensivmedizin
A-5208 Braunau, Ringstraße 60
E-Mail: johann.auer@khbr.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung