

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

Kongressbericht: Great Minds - European PCI Expert Meeting Berlin, 17.-18.6.2016

Schühlen H, Huber K

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(11-12), 310-311

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Member of the ESC-Editors' Club



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Member of the



www.kup.at/kardiologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Neues aus der Medizintechnik

Jetzt in 1 Minute Früh-erkennung der PAVK: boso ABI-system 100

PAVK – Die unterschätzte Krankheit

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist weitaus gefährlicher und verbreiteter als vielfach angenommen. Die getABI-Studie [1] zeigt, dass 20 % der > 60-Jährigen eine PAVK-Prävalenz aufweisen. Die PAVK wird oft zu spät diagnostiziert. Das liegt vor allem daran, dass die Betroffenen lange Zeit beschwerdefrei sind und eine entsprechende Untersuchung daher meist erst in akuten Verdachtsfällen erfolgt. Mit dem Knöchel-Arm-Index („ankle-brachial index“ [ABI]) ist die Diagnose einer PAVK durchführbar. Der Knöchel-Arm-Index (ABI) ist ein wesentlicher Marker zur Vorhersage von Herzinfarkt, Schlaganfall und Mortalität.

PAVK-Früherkennung mit dem boso ABI-system 100: Ein Gewinn für alle. Eine präzise und schnelle, vaskulär orientierte Erstuntersuchung.

Der entscheidende Wert für die Diagnose der PAVK ist der Knöchel-Arm-Index („ankle-brachial index“ [ABI]). Das boso ABI-system 100 ermittelt diesen Wert zeitgleich und oszillometrisch an allen 4 Extremitäten. Die eigentliche Messung dauert dabei nur ca. 1 Minute. Ein ABI-Wert < 0,9 weist im Ver-



gleich mit dem Angiogramm als Goldstandard mit einer Sensitivität von bis zu 95 % auf eine PAVK hin und schließt umgekehrt die Erkrankung mit nahezu 100 % Spezifität bei gesunden Personen aus.

Das boso ABI-system 100 wurde weiterentwickelt und ist jetzt optional mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit ausgestattet.

Optional ist das boso ABI-system 100 ab sofort auch mit der Möglichkeit zur Messung der Pulswellengeschwindigkeit

(ba) verfügbar. Mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit („pulse wave velocity“ [PWV]) kann eine arterielle Gefäßsteifigkeit diagnostiziert werden. Die Steifigkeit der arteriellen Gefäße nimmt mit einer fortschreitenden Arteriosklerose zu, was sich durch eine Erhöhung der Pulswellengeschwindigkeit darstellt. PWV und ABI-Wert ermöglichen eine noch fundiertere Risikostratifizierung von kardiovaskulären Ereignissen.

Literatur:

1. <http://www.getabi.de>

Weitere Informationen:

Boso GmbH und Co. KG
Dr. Rudolf Mad
A-1200 Wien
Handelskai 94-96/23. OG
E-Mail: rmad@boso.at



Kongressbericht: Great Minds – European PCI Expert Meeting 17.–18. Juni 2016, Berlin

H. Schühlen, K. Huber

Ein Jubiläum gab es dieses Jahr beim „Great Minds“-Symposium von 17.–18. 6. 2016 in Berlin zu feiern: Bereits seit 10 Jahren treffen sich in diesem Rahmen Experten der interventionellen Kardiologie unter der wissenschaftlichen Leitung von **Professor Dr. Helmut Schühlen** aus Berlin und **Professor Dr. Kurt Huber** aus Wien. Die Veranstaltung wurde 2007 gemeinsam mit dem Berliner Medizintechnikunternehmen BIOTRONIK ins Leben gerufen und hat sich seither zu einem internationalen Treffpunkt für interventionell tätige Kardiologen und Kardiologinnen entwickelt. Die über 100 teilnehmenden Experten sind aus 12 Ländern angereist. **Dr. Jens Flensted Lassen** aus Kopenhagen unterstützte die wissenschaftliche Leitung in diesem Jahr als Ko-Organisator. Das zweitägige Programm setzte sich aus insgesamt 6 Sessions zu klinischen Daten, theoretischen Konzepten sowie Fallpräsentationen aus der Praxis zusammen.

Nach der Eröffnung durch Professor Schühlen und Jens Martin von BIOTRONIK startete das Programm in der ersten Sitzung mit dem Thema **TAVI** und einem Überblick zu den neuesten Entwicklungen.

TAVI hat sich inzwischen als Behandlungsoption für ausgewählte „High-risk“-Patienten mit Aortenklappenstenose fest im klinischen Alltag etabliert. Professor Dr. Michael Haude aus Neuss ist in seinem Vortrag der Frage nachgegangen, ob die Indikation auch auf die „Low-risk“-Patienten erweitert werden kann. Hier konnten aufgrund der noch unzureichenden Evidenzlage jedoch noch keine Empfehlungen gegeben werden. Im Rahmen von Fallpräsentationen wurden mehrere neue Klappentypen vorgestellt, wie auch eine neue selbstexpandierbare Klappe von BIOTRONIK (noch nicht CE-zertifiziert), die derzeit im Rahmen einer klinischen Studie (BioValve-II) überprüft wird.

„**Innovations and Beyond**“ titelte die zweite Sitzung, in deren Fokus Erkrankungen der Mitralklappe standen. In Fallbeispielen wurden zur Verfügung stehende Systeme (Carillon, ARTO, MitraClip) zur Behandlung einer Mitralinsuffizienz verglichen.

Nach dem Überblick zu den einzelnen Systemen hat PD Dr. Ralf Birkemeyer aus Ulm eine Fallpräsentation zu paravalvulären Lecks gezeigt, die ein Parameter für die Effektivität und Sicherheit der implantierten Klappensysteme darstellt. Den Abschluss dieser Session bildete ein Fallbericht zur Behandlung akuter Perforationen der Koronararterien von Dr. Graham Cassel aus Johannesburg, Südafrika.

Der erste Kongresstag wurde mit Session 3 zum Thema „**Drug-coated Balloons & Drug-eluting Stents**“ beendet.

Dabei ist wiederholt deutlich geworden, dass der Einsatz eines DCB im Sinne eines „Leave nothing behind“-Ansatzes nach wie vor eine interessante Behandlungsoption darstellen kann. Dr. Thomas Schmitz aus Essen hat sich der Frage gewidmet, wie sich eine In-Stent-Restenose am besten behandeln lässt, und Einblick in die neuesten Studienergebnisse zur Indikation für einen DCB im Vergleich mit DES der neuesten Generation (BIOLUX-RCT) gegeben. Inwieweit sich eine Läsionspräparation positiv auf den Behandlungserfolg auswirken könnte, hat Professor Dr. Michael Joner erörtert und in diesem Kontext auf eine laufende Studie verwiesen (ISAR-DESIRE IV). Darüber hinaus gewannen die Teilnehmer Einblicke in das TWENTE-Studienprogramm incl. der BIO-RESORT-Studie, die Professor Dr. Clemens von Birgelen aus Twente, NL, präsentierte. Die ersten Follow-up-Daten dieser Studie werden beim diesjährigen TCT-Kongress erwartet. Das Konzept des Drug-coated Stent (DCS), eines polymerfreien beschichteten Stents, wurde im Rahmen der LEADERS-FREE-Studie untersucht, die Dr. Jens Flensted Lassen vorgestellt hat. Hier hat sich gezeigt, dass bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko der DCS einem BMS eindeutig überlegen ist. Der letzte Teil der Session widmete sich der Frage, wie effektiv moderne DES bei Hochrisiko-Patienten sind. In der vor Kurzem angelaufenen BIOSTEMI-Studie wird erstmalig die Überlegenheit von DES mit bioresorbierbarem Polymer (Orsiro) gegenüber DES mit permanentem Polymer (Xience) bei STEMI-Patienten untersucht. Erste Hinweise auf eine mögliche Überlegenheit zeigten sich bereits im Rahmen der BIOSCIENCE-Studie bis zu einem Follow-up-Zeitraum von 2 Jahren.

Im Fokus des zweiten Kongresstages standen die aktuell verfügbaren **Scaffolds**. Im Rahmen der vierten Sitzung wurden die Erfahrungen mit den beiden bislang verfügbaren Scaffold-Systemen auf Polymer-Basis (Absorb und DESolve) dargestellt. Grundsätzlich haben sich diese inzwischen als Behandlungsoption etabliert. Sie haben allerdings keine Überlegenheit zum DES zeigen können, wie auch Indikationseinschränkungen für komplexe Läsionen postuliert werden. So wird betont, dass das für den Absorb beobachtete erhöhte Thromboserisiko mit der Indikationsstellung wie auch der Implantationstechnik in Zusammenhang steht. Dies im Absorb-Studienprogramm dargestellte Risiko konnte im GHOST-Register bestätigt werden.

Die Grenzen der Polymer-basierten Scaffolds der ersten Generation zeigen auch die Bedeutsamkeit der ständigen Weiterentwicklung in der Scaffold-Therapie auf. In der fünften Sitzung ging es um die neue Generation von Scaffolds, die nicht mehr aus Polylactid bestehen. Der Magmaris von BIOTRONIK ist der weltweit erste bioresorbierbare Scaffold auf Magnesiumbasis. So war kurz vor diesem Symposium die CE-Zulassung

erfolgt, Professor Dr. Torsten Lewalter hatte am Vortag des Kongresses den Fall der ersten Magmaris-Implantation nach CE-Zulassung präsentiert. Aufgrund seiner Resorptionskinetik verbleibt nach ca. 12 Monaten an der Stelle des Magnesiumgerüsts lediglich amorphes Kalziumphosphat (aCP) mit einem hohen Wasseranteil zurück. Die Wirksamkeit des Magmaris wurde im Rahmen des BIOSOLVE-Studienprogramms analysiert, das Professor Dr. Stephan Kische aus Berlin vorgestellt hat.

In einer „Live case in the box“-Präsentation von Prof. M. Haude, dem leitenden Prüfarzt der BIOSOLVE-Studie, fasste er die Erfahrungen aus den Erstimplantationen des Magmaris zusammen. Die nächsten Schritte der wissenschaftlichen Überprüfung des Magnesiumscaffolds sind die BIOSOLVE-III-Studie sowie das Post-Market-Register BIOSOLVE-IV.

In der sechsten Sitzung kam die **Pharmakotherapie nach Koronar-Interventionen und nach TAVI** zur Sprache. Prof. Dr. Helmut Schühlen berichtete über die individualisierte Vorgangsweise bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko (Verkürzung der DAPT auf 3–6 Monate, bevorzugte Anwendung von Clopidogrel als P2Y₁₂-Inhibitor) und bei Patienten mit erhöhtem thrombo-ischämischen Risiko (Prolongation der DAPT, neue Vorgangsweise mit Ticagrelor 60 mg 1×/Tag + 100 mg Aspirin laut PEGASUS-Studie). Prof. Dr. Kurt Huber erläuterte die derzeitigen internationalen Kriterien der post-interventionellen antithrombotischen Therapie und die diesbezüglich laufenden Studien nach TAVI und fasste die gültigen Leitlinien für „triple“ und „duale“ antithrombotische Therapie nach Stent-Implantation bei Patienten unter chronischer oraler Antikoagulation (mit Vitamin-K-Antagonisten oder den neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) zusammen. Prof. Joner ging in seiner Abschlusspräsentation auf die Notwendigkeit einer prolongierten antithrombotischen Strategie nach Implantation der derzeit in Verwendung befindlichen „Biovascular Scaffolds“ (BVS) ein. Andererseits könnte eine Verbesserung der BVS (dünnere Struts, zeitlich gesicherte Auflösung) zu einer geringeren Thrombogenität beitragen.

Insgesamt wurde die Veranstaltung sehr gut aufgenommen, es gab zahlreiche Fragen aus einem sehr interessierten und hoch qualifizierten Publikum zur Zufriedenheit von Sprechern, Vorsitzenden und Organisatoren.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber

3. Medizinische Abteilung mit Kardiologie und Internistischer

Notaufnahme, Wilhelminenspital

A-1160 Wien, Montleartstraße 37

E-Mail: kurt.huber@wienkav.at

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](#)

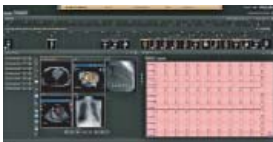
Fachzeitschriften zu ähnlichen Themen:

➔ [Journal für Kardiologie](#)

➔ [Journal für Hypertonie](#)

➔ [Zeitschrift für Gefäßmedizin](#)

Besuchen Sie unsere Rubrik [Medizintechnik-Produkte](#)



IntelliSpace Cardiovascular
Philips Austria GmbH,
Healthcare



CT TAVI Planning mit
syngo.CT Cardiac Function-Valve Pilot
Siemens AG Österreich



STA R Max
Stago Österreich GmbH



BioMonitor 2
BIOTRONIK Vertriebs-GmbH



boso ABI-system 100
Boso GmbH & Co KG

*Die neue Rubrik im Journal für Kardiologie: **Clinical Shortcuts***
Indieser Rubrik werden Flow-Charts der Kardiologie kurz und bündig vorgestellt

Zuletzt erschienen:

➔ **Interventionelle kathetergestützte Aortenklappenimplantation (TAVI)**

J Kardiol 2014; 21 (11–12): 334–7.

➔ **Einsatz einer perioperativen Blockertherapie zur Reduktion von Morbidität und Mortalität**

J Kardiol 2015; 22 (1–2): 38–40.

➔ **Diagnostik der Synkope**

J Kardiol 2015; 22 (5–6): 132–4.

➔ **Kardiologische Rehabilitation nach akutem Koronarsyndrom (ACS)**

J Kardiol 2015; 22 (9–10): 232–5.