

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Kongressbericht: Highlights vom

12. Great Minds – European PCI

Expert Meeting 15.–16. Juni 2018 in

Wien

Huber K, Hengstenberg C

Schühlen H

Journal für Kardiologie - Austrian

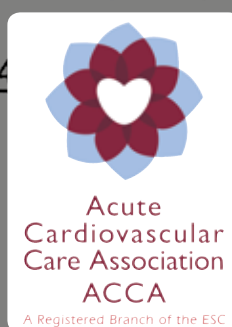
Journal of Cardiology 2018; 25

(11-12), 352-353

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Member of the



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/SCOPUS

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

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Kardiologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Highlights vom 12. Great Minds – European PCI Expert Meeting 15.–16. Juni 2018 in Wien

K. Huber^{1,2}, C. Hengstenberg³, H. Schühlen⁴

Aus der ¹3. Medizinischen Abteilung, Kardiologie und Internistische Intensivmedizin, Wilhelminenspital; der ²Sigmund-Freud-Privatuniversität, Medizinische Fakultät, Wien; der ³Klinischen Abteilung für Kardiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Wien; und der ⁴Kardiologie, Diabetologie und konservative Intensivmedizin, Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin, Deutschland

Experten diskutieren neue Therapieansätze in der perkutanen Koronarintervention

Im Rahmen des 12. Expertenmeetings „Great Minds“, das unter der wissenschaftlichen Leitung von **Prof. Christian Hengstenberg** (Wien, AT), **Prof. Helmut Schühlen** (Berlin, DE) und **Prof. Kurt Huber** (Wien, AT) vom 15.–16.06.2018 in Wien stattfand, haben führende internationale Kardiologen aktuelle Therapieansätze und noch offene Fragestellungen in der perkutanen Koronarintervention (PCI) diskutiert. Im Fokus standen dabei neben den neuesten Innovationen im Bereich der strukturellen Herzerkrankungen, unter anderem hinsichtlich der Frage nach der optimalen medikamentösen Begleittherapie nach Implantation eines TAVI-Systems, die neueste Generation von medikamentenbeschichteten Stents (Drug-eluting Stents, DES) und hier insbesondere die Entwicklungen bei den bioresorbierbaren Scaffolds (Biovascular Reabsorbable Scaffolds, BRS).

Zahlreiche Studien haben die Sicherheit und Effektivität der neuesten Generation von DES bereits belegt. Diese wurden hinsichtlich der Dicke der Stent-Streben, des Wirkstoffes und der Polymer-Beschichtung (mehrheitlich bioabsorbierbares Polymer oder Polymer-frei) gegenüber der ersten Generation weiterentwickelt und weisen niedrigere „target lesion failure“- (TLF-) Raten bedingt durch geringere Restenose- und Stentthromboserraten auf. Dünnere Streben begünstigen eine bessere Re-Endothelialisierung und reduzieren dadurch das Risiko für ischämische Ereignisse, so **Dr. Marlies Kok** (Twente, NL). Der nicht zu vernachlässigende Einfluss des Stent-Designs auf das klinische Ergebnis wurde auch in den SORT-OUT-Studien deutlich, die jeweils 2 Stents im Direktvergleich untersucht haben und die klinische Realität in Form einer „all-comer“-Studie widerspiegeln. **Prof. Lisette Okkels Jensen** (Odenke, DK) wies bei der Vorstellung dieser Studienreihe darauf hin, dass noch weitere Langzeit-Studiendaten notwendig sind, um zu verstehen, ob es sich bei dem Einfluss des Polymers (permanent oder resorbierbar) um einen Klasseneffekt handelt. Auch die beim EuroPCR in Paris (Mai 2018) vorgestellte BIOFLOW-III-Registerstudie hat gezeigt, dass Stents mit dünnen Streben zu deutlich besseren Ergebnissen führen. In dieser Studie wurde die Sicherheit und Wirksamkeit des resorbierbaren Sirolimus-freisetzenden Orsiro-Stents untersucht, der über ultradünne Streben (60 µm) verfügt. Nach einer Beobachtungszeit von 5 Jahren lag die TLF-Rate über alle Subgruppen hinweg bei lediglich 10,0 %.

Trotz der bereits sehr guten Daten zu den DES der neueren Generation gibt es im Stent-Bereich noch Optimierungspotenzial. Noch bestehende Limitationen sollen mit den selbstauflösenden BRS überwunden werden. In Kombination mit einer individualisierten Pharmakotherapie soll mit dem Einsatz eines BRS ein positives „Remodelling“ des erkrankten Koronargefäßes erzielt werden, so **Prof. Dariusz Dudek** (Krakau, PL). Voraussetzung für einen klinischen Erfolg ist dabei nicht nur die richtige Patientenselektion, sondern insbesondere auch eine qualitativ hochstehende Vor- und Nachpräparation der Läsion. Eine unzureichende Prädilatation und/oder Postdilatation der Läsion beim Einsatz des Erstgenerations-BRS (Absorb-Stent) haben entscheidend dazu beigetragen, dass dieser polymerbasierte BRS zu keinen zufriedenstellenden klinischen Ergebnissen geführt hat, wie **Prof. Adnan Kastrati** (München, DE) ausführlich berichtete. Ein wichtiger Faktor für einen adäquaten Therapieerfolg beim Einsatz eines BRS ist die Streben Dicke: Dünnere Streben tragen zu einer rascheren Re-Endothelialisierung und damit zu einer geringeren Thrombogenität bei. Gleichzeitig könnte auch eine kürzere Resorptionszeit dazu führen, das Auftreten von späten Stent-Thrombosen zu verhindern. Entsprechend positiv fielen daher die bisherigen Studiendaten zum Magnesium-BRS (Magmaris) aus – dieser BRS verfügt zwar noch über eine Streben Dicke von 150 µm, löst sich aber nach 12 Monaten nahezu vollständig auf.

Prof. Michael Haude (Neuss, DE), **Prof. Michael Joner** (München, DE) und **Dr. Ralph Tölg** (Norderstedt, DE) gaben einen Überblick über das Magmaris-Studienprogramm: Gepoolte Daten der BIOSOLVE-II- und BIOSOLVE-III-Studie mit insgesamt 184 KHK-Patienten zeigten nach 6 Monaten eine TLF-Rate von 3,3 % und nach 24 Monaten von 5,9 %. Diese positive Entwicklung bei der TLF-Rate hat sich auch im Rahmen der BIOSOLVE-IV-Studie bestätigt: Eine erste Auswertung von 200 Patienten ergab eine TLF-Rate von 2,5 % nach 6 Monaten (4,6 % nach 12 Monaten). Im gesamten Studienprogramm trat bislang nur eine einzige Stent-Thrombose auf, die höchstwahrscheinlich durch das unerzwungene Absetzen der DAPT 7 Tage nach Implantation verursacht wurde.

Angesichts dieser Daten ist positiver Optimismus angebracht, doch müssen die Ergebnisse erst in Studien mit größeren Patientenkohorten und längerer Verlaufsdauer bestätigt werden, idealerweise in Studien, die eine Nichtunterlegenheit des BRS gegenüber einem DES der neuesten Generation zeigen. Zudem gilt es, die Technologie weiter zu entwickeln, wie im Rahmen eines Ausblick auf die nächste Generation des Magnesium-

BRS durch Prof. Haude dargelegt wurde. Die Streben sollen nochmals deutlich dünner werden und gleichzeitig soll auch die Standzeit des Magnesium-Gerüsts bei gleichbleibender Resorptionszeit verlängert werden.

Eine wichtige Indikation für den Einsatz eines BRS ist das akute Koronarsyndrom (ACS), welches häufig jüngere Patienten mit einer längeren Lebenserwartung betrifft. Das Risiko eines BRS-„undersizing“ ist vor allem bei STEMI-Patienten höher, erläuterte **Prof. Helge Möllmann** (Dortmund, DE). Neue Erkenntnisse zum Einsatz von BRS bei ACS-Patienten erhofft man sich aus der SOLVE-ACS-Studie, die demnächst unter der Leitung von **Prof. Ulf Landmesser** (Berlin, DE) starten wird.

Einen weiteren Schwerpunkt des Kongresses bildete die peri- und post-interventionelle Pharmakotherapie: **Prof. Sigmund Silber** (München, DE) gab einen Überblick zur dualen Antiplättchentherapie (DAPT) und wies dabei besonders auf die Prävention von Stent-Thrombosen nach ACS hin.

Dr. Juan Fernando Iglesias (Genf, CH) betonte, dass die Frage nach der optimalen DAPT-Dauer individuell beantwortet werden muss: Während die DAPT-STEMI-Studie die Nichtunterlegenheit einer kürzeren (6 Monate) gegenüber einer längeren DAPT-Dauer (12 Monate) zeigte, ergab die SMART-Date-Studie ein höheres Myokardinfarkt-Risiko bei kürzerer DAPT-Dauer (6 Monate). Grundsätzlich scheint eine kürzere DAPT-Dauer nach DES-Implantation bei älteren Patienten aufgrund des höheren Blutungsrisikos von Vorteil zu sein. Eine individualisierte DAPT-Strategie sollte aber nicht nur das Blutungsrisiko, sondern auch die Komplexität des Eingriffs und die Koronaranatomie berücksichtigen.

Die Frage, welches antithrombotische Therapieregime im individuellen Fall die beste Balance zwischen Thrombose- und Blutungsrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern und Stent-Implantation ermöglicht, wurde von **Prof. Kurt Huber** (Wien, AT) behandelt. Dabei wurde betont, dass die Entscheidung für eine „triple“-Therapie immer individuell getroffen werden muss und diese vor allem bei Patienten mit einer komplexen koronaren Anatomie bei gleichzeitig niedrigem Blutungsrisi-

ko in Erwägung gezogen werden sollte. Im Gegensatz dazu ist eine duale antithrombotische Therapie (DAT), bestehend aus einem neuen oralen Antikoagulans (NOAK) in Kombination mit Clopidogrel, bei Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Blutungsrisiko ab Spitalsentlassung nach PCI zu überlegen (PIONEER-AF und RE-DUAL-PCI-Studien).

Prof. Julian Widder (Hannover, DE) ist der Frage nach der bestmöglichen antithrombotischen Strategie nach einem katheterbasierten Aortenklappenersatz (TAVI) nachgegangen. In der Praxis hat die befristete DAPT mit ASS und Clopidogrel als empirische antithrombotische Therapie nach TAVI bisher die größte Akzeptanz gefunden. Die ARTE-Studie hat allerdings gezeigt, dass die alleinige Gabe von ASS mit einem deutlich geringeren Risiko für Blutungskomplikationen einhergeht als eine DAPT. Bei TAVI-Patienten, die zusätzlich an Vorhofflimmern leiden, stellt sich wiederum die Frage, wie Plättchenhemmung und Antikoagulation in Einklang zu bringen sind, ohne dass es zu mehr Blutungen kommt. Neue Erkenntnisse hierzu werden aus aktuell laufenden Studien (POPular-TAVI-Studie, ENVISAGE-TAVI-AF-Studie) erwartet.

Abgerundet wurde das Expertenmeeting durch die Vorstellung komplexer Fälle, wie z. B. die Wiedereröffnung chronisch verschlossener Koronararterien („chronic total occlusion“, CTO). **Dr. Aurel Toma** (Bad Krozingen, DE) wies darauf hin, dass bisherige Studien lediglich einen Nutzen hinsichtlich der Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität gebracht haben, eine Senkung der Mortalität jedoch bislang nicht belegt werden konnte. **Prof. Göran Olivercrona** (Lund, SE) und Dr. Toma waren sich darüber einig, dass eine Mortalitätsreduktion bei CTO-Revaskularisation nicht das primäre Therapieziel sein sollte.

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*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)