BIK Berufsverband Interventioneller Kardiologen

BIK IM ÜBERBLICK

Informationen des Berufsverbands Interventioneller Kardiologen e.V. – Sept. 2015

Ein „ERNSTES" Wort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem wir in der letzten Ausgabe unseres Newsletters verstärkt berufspolitische Themen diskutiert hatten, geht es in diesem Newsletter um zwei mehr oder weniger bekannte Schwerpunkte:
weniger bekannt – weil in der Praxis selten – ist der Morbus Fabry, an den wir bei Kardiomyopathien auch gelegentlich denken sollten. Hingegen gehört das Patientenmanagement im Bereich Antikoagulation zu unserem „täglichen Brot". Da in Kürze der BIK-Therapieleitfaden zur Antikoagulation bei interventionellen Eingriffen aktualisiert wird, erlauben wir uns hier schon einmal einen Ausblick auf Neuigkeiten: es geht z.B. um VENTURE AF, aber auch das Notfallmanagement von Blutungen unter NOAK. Spezifische neutralisierende Mittel für NOAK sind derzeit noch nicht verfügbar. Erste Zwischenergebnisse aus der Phase-III-Studie REVERSE AD wurden kürzlich im N Engl J Med. 2015, online am 22. Juni veröffentlicht: in Notfällen scheint der Antikörper Idarucizumab die gerinnungshemmende Wirkung von Dabigatran innerhalb von Minuten aufzuheben. Belastbare Informationen zu klinisch relevanten Endpunkten soll es dann nach Abschluss der kompletten Studie geben. Aber wie gehen wir heute mit Notfällen um? Mehr im Innenteil …

Prof. Dr. med. E. G. Vester, Düsseldorf

Schlaglichter vom ESC 2015 London

Von Ernst G. Vester

Der Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie fand in diesem Jahr vom 29.8.-2.9. in London statt. Mit fast 33.000 Teilnehmern ist er der größte Kardiologenkongress der Welt. Aus den Hotline-Sessions werden hier in Take Home Messages die wichtigsten Studien zusammengefasst.

Koronare Herzkrankheit
Ein neuer **1-Stunden Algorithmus** für die High-Sensitivity Troponin I Messung konnte sicher einen akutem Myokardinfarkt ausschließen, wenn bei einem cut off von 6 ng/L zur Stunde 0 und 1 die hsTnI- Werte darunter lagen. Bei einem Delta von 12 ng/L galt die Diagnose als gesichert; es gibt eine Grauzone bei stabil erhöhten Werten. Im Hinblick auf die LZ-Mortalität erweist sich die Grenze von 6 ng/L der 99sten Perzentile (27 ng/L) als überlegen.

In der **OPTIDUAL Studie** wurde eine duale Plättchenhemmung (DAPT) über 48 Monate mit der konventionellen DAPT über 12 Monate verglichen. Der Primäre Endpunkt (PE) aus Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall und größerer Blutung wurde nicht signifikant gesenkt. Jedoch zeigen Metaanalysen eine 22 %ige, signifikante Risikoreduktion. Derzeit scheint daher eine individualisierte Entscheidung angebracht.

In der sehr aufwändigen **PRomPT Studie** konnte die Perinfarktstimulation nach großen Myokardinfarkten durch CRT-D-Implantation den PE einer Verkleinerung des LVEDV nach 18 Monaten nicht erreichen, auch die LVEF ließ sich nicht steigern, Tod und Hospitalisierung wegen HI ebenso wenig.

In der **TROFI II-Studie** wurde der Gefäßheilungs-Prozess nach Implantation eines bioresorbierbaren Scaffolds (Absorb) mit einem metallischen Everolimus-elutierenden Stent (EES) bei STEMI-Patienten verglichen. Die klinische Ereignisrate nach 6 Monaten war niedrig mit 1,1 % (Absorb) vs. 0,0 % (Xience). Es kam zu einer nahezu kompletten Einheilung beider Stents (OCT-Analyse) bei etwas höherem late lumen loss des Scaffolds. Eine längerfristige Nachbeobachtung wird durchgeführt. *Fortsetzung auf Seite 2 & 4*

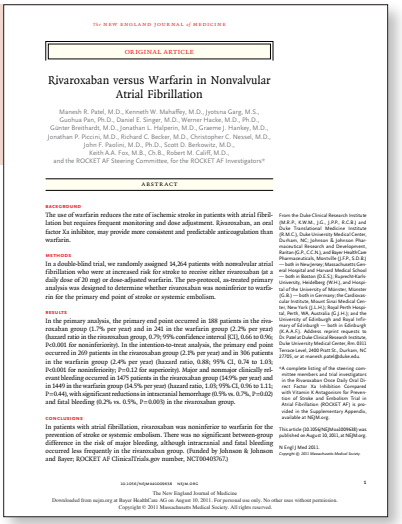
Heart Days: Masterkurse

Kursangebot in Stuttgart, 28.10.2015: PCI / TAVI / LAA

INFORMATION HEART DAYS
www.heart-live.com/heart-days/

Patienten-Versorgung noch nicht optimal

Arterielle und venöse Thromboembolien



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation

Manesh R. Patel, M.D., Kenneth W. Mahaffey, M.D., Jyotsna Garg, M.S., Guohua Pan, Ph.D., Daniel E. Singer, M.D., Werner Hacke, M.D., Ph.D., Günter Breithardt, M.D., Jonathan L. Halperin, M.D., Graeme J. Hankey, M.D., Jonathan P. Piccini, M.D., Richard C. Becker, M.D., Christopher C. Nessel, M.D., John F. Paolini, M.D., Ph.D., Scott D. Berkowitz, M.D., Keith A.A. Fox, M.B., Ch.B., Robert M. Califf, M.D., and the ROCKET AF Steering Committee, for the ROCKET AF Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

The use of warfarin reduces the rate of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation but requires frequent monitoring and dose adjustment. Rivaroxaban, an oral factor Xa inhibitor, may provide more consistent and predictable anticoagulation than warfarin.

METHODS

In a double-blind trial, we randomly assigned 14,264 patients with nonvalvular atrial fibrillation who were at increased risk for stroke to receive either rivaroxaban (at a daily dose of 20 mg) or dose-adjusted warfarin. The per-protocol, as-treated primary analysis was designed to determine whether rivaroxaban was noninferior to warfarin for the primary end point of stroke or systemic embolism.

RESULTS

In the primary analysis, the primary end point occurred in 188 patients in the rivaroxaban group (1.7% per year) and in 241 in the warfarin group (2.2% per year) (hazard ratio in the rivaroxaban group, 0.79; 95% confidence interval [CI], 0.66 to 0.96; P<0.001 for noninferiority). In the intention-to-treat analysis, the primary end point occurred in 269 patients in the rivaroxaban group (2.1% per year) and in 306 patients in the warfarin group (2.4% per year) (hazard ratio, 0.88; 95% CI, 0.74 to 1.03; P<0.001 for noninferiority; P=0.12 for superiority). Major and nonmajor clinically relevant bleeding occurred in 1475 patients in the rivaroxaban group (14.9% per year) and in 1449 in the warfarin group (14.5% per year) (hazard ratio, 1.03; 95% CI, 0.96 to 1.11; P=0.44), with significant reductions in intracranial hemorrhage (0.5% vs. 0.7%, P=0.02) and fatal bleeding (0.2% vs. 0.5%, P=0.003) in the rivaroxaban group.

CONCLUSIONS

In patients with atrial fibrillation, rivaroxaban was noninferior to warfarin for the prevention of stroke or systemic embolism. There was no significant between-group difference in the risk of major bleeding, although intracranial and fatal bleeding occurred less frequently in the rivaroxaban group. (Funded by Johnson & Johnson and Bayer; ROCKET AF ClinicalTrials.gov number, NCT00403767.)

From the Duke Clinical Research Institute (M.R.P., K.W.M., J.G., J.P.P., R.C.B.) and Duke Translational Medicine Institute (K.M.C.), Duke University Medical Center, Durham, NC; Johnson & Johnson Pharmaceutical Research and Development, Raritan (G.P., C.C.N.), and Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Wayne (J.F.P., S.D.B.) — both in New Jersey; Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School — both in Boston (D.E.S.); Ruprecht-Karls-University, Heidelberg (W.H.), and Hospital of the University of Münster, Münster (G.B.) — both in Germany; the Cardiovascular Institute, Mount Sinai Medical Center, New York (J.L.H.); Royal Perth Hospital, Perth, WA, Australia (G.J.H.); and the University of Edinburgh and Royal Infirmary of Edinburgh — both in Edinburgh (K.A.A.F.). Address reprint requests to Dr. Patel at Duke Clinical Research Institute, Duke University Medical Center, Rm. 0311 Terrace Level, 2400 Pratt St., Durham, NC 27705, or at manesh.patel@duke.edu.

*A complete listing of the steering committee members and trial investigators in the Rivaroxaban Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation (ROCKET AF) is provided in the Supplementary Appendix, available at NEJM.org

This article (10.1056/NEJMoa1009638) was published on August 30, 2011, at NEJM.org.

N Engl J Med 2011.

Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society.

10.1056/NEJMoa1009638 NEJM.ORG

The New England Journal of Medicine

Downloaded from nejm.org at Bayer HealthCare AG on August 30, 2011. For personal use only. No other uses without permission.

Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern (VHF) und einem zusätzlichen Risikofaktor für einen Schlaganfall sollten eine orale Antikoagulation erhalten.[1] Allerdings zeigt die aktuelle Auswertung des GARFIELD-AF-Registers, dass diese Empfehlung in der Praxis nicht konsequent umgesetzt wird. „Wir sehen nach wie vor viele Patienten mit erhöhtem Schlaganfallrisiko, die nicht optimal antikoaguliert werden. Die Mehrzahl der Patienten wird noch mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) behandelt, obwohl immer mehr Studien zeigen, dass neue orale Antikoagulanzien (NOAK) wichtige Therapievorteile haben. Auch Thrombozytenaggregationshemmer kommen in solchen Fällen zum manchmal unplausiblen Einsatz," meint der BIK-Vorsitzende, Prof. Dr. med. Ernst G. Vester, Düsseldorf.

So zeigte z.B. Rivaroxaban in der Zulassungsstudie ROCKET-AF bei der Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien signifikante Vorteile bei schwersten Blutungen wie z.B. intrakraniellen und tödlichen Blutungen (beides sekundäre Sicherheitsendpunkte; Rivaroxaban zeigte Nicht-Unterlegenheit vs. VKA im prim. Sicherheitsendpunkt, dem komb. Endpunkt aus schweren und klinisch relevante nicht-schweren Blutungen). Zusätzlich zu diesem Sicherheitsvorteil erwies sich das NOAK als mindestens ebenso wirksam wie der VKA Warfarin.[2] Nun bestätigen aber auch Daten aus der Anwendungspraxis (Real Life), dass Rivaroxaban im Routineeinsatz ein gutes Nutzen-Risiko-Profil aufweist: in einer US-Pharmakovigilanzstudie mit mehr als 27.400[3] Patienten und dem Dresdner NOAK-Register mit 1.200 VHF-Patienten[4], die zur Schlaganfall-Prophylaxe Rivaroxaban erhalten hatten, traten schwere Blutungen mit einer Inzidenz von 2,9 bzw. 3,1 % pro Patientenjahr auf. Das liegt unterhalb der in ROCKET-AF gezeigten Rate von 3,6 %.[2]

Deutliche Therapievorteile gegenüber dem einstigen Standard hat Rivaroxaban auch in der Behandlung und Sekundär-Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE). In der EINSTEIN-PE-Studie verhinderte Rivaroxaban über 3, 6 oder 12 Monate rezidivierende symptomatische VTE ebenso gut wie Enoxaparin gefolgt von einem VKA, ging aber signifikant seltener mit schweren Blutungen einher (1,1 % versus 2,2 %; p=0,0032) (sek. Sicherheitsendpunkt).[5,a] In einer vorab spezifizierten gepoolten Analyse dieser und der EINSTEIN-DVT-Studie[6] wurden die Ergebnisse bestätigt.[7,b] Darüber hinaus wurden Wirksamkeit und Sicherheit der Regime bei speziellen Patientengruppen analysiert.

So haben Patienten mit Nierenfunktionsstörungen ein erhöhtes Risiko für VTE, aber auch für Blutungen. Innerhalb dieser Subgruppe traten rezidivierende symptomatische VTE unter den Vergleichsregimen ähnlich häufig auf.[8] Doch während unter Enoxaparin/VKA die Inzidenzrate für schwere Blutungen mit dem Ausmaß der Nierenfunktionsstörung zunahm – von 1,0 % (normale Nierenfunktion mit KrCl ≥ 80 ml/min) über 3,0 % (milde Störung mit KrCl 50-79 ml/min) und 3,9 % (moderate Störung mit KrCl 30-49 ml/min) bis 9,1 % (schwere Störung mit KrCl ≤29 ml/min[c], p_{Trend}<0,001) – waren die Inzidenzraten unter Rivaroxaban konsistent niedrig und unabhängig vom Ausmaß der Nierenfunktionsstörung (0,8 %, 1,4 %, 0,9 % und 0 %, p_{Trend}=0,50).[8]

Nur zur Erinnerung: die Bedeutung einer wirksamen VTE-Prophylaxe wird am Beispiel von Folgeerkrankungen deutlich: dazu zählen bei tiefen Venenthrombosen Rezidive, das postthrombotische Syndrom und Lungenembolien, welche akut zum Tode führen können oder dauerhaft physisch in eine chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH) oder psychisch in ein posttraumatisches Belastungssyndrom übergehen.

Es wäre wünschenswert, dass sowohl für die Erkennung als auch Akut- und Langzeitversorgung von VTE-Patienten Risikoprofile beachtet werden und eine leitliniengemäße Versorgung erfolgt.

Von Rolf Dörr

Schlaglichter vom ESC 2015 London

Therapietreue von NOAK

In der AEGEAN-Studie ließ sich in der Halbjahres-Nachbeobachtung keine Steigerung der sog. Therapieadhärenz durch ein intensiviertes begleitendes Schulungsprogramm zeigen, allerdings war die Adhärenz in der Kontrollgruppe mit 92 % nach 12 Wochen und 88,5% nach 24 Wochen bereits sehr hoch. Erhöhter Alkoholkonsum hatte einen negativen Einfluss auf die Therapietreue.

Vorhofflimmern

In der kombinierten japanischen, kontrolliert-randomisierten EAST- und Under ATP (KPAF) Studie wurde an 2044 AF-Patienten zum einen der Effekt einer antiarrhythmischen medikamentösen Behandlung in der Blanking-Periode nach Ablation für 3 Monate untersucht; dabei wurde die Rezidivrate von AF um 14 % gesenkt, nach 12 Monaten bestand jedoch kein Unterschied mehr zwischen den beiden Gruppen (Freiheit von AF/AT in 69,5 und 67,8 % d.F.) – unabhängig von der Art des AF (paroxysmal oder persistierend). Der Under ATP-Studienarm untersuchte den Effekt einer Ablation von „schlafenden" PV-Signalen, die durch Adenosingabe provoziert wurden, und fand – im Gegensatz zu früheren Studien – keinerlei Einfluss auf die AF-Rezidivfreiheit im LZ-Verlauf.

Blutungen unter NOAK – was tun?

Perioperatives Management und Notfallmanagement von Blutungen unter NOAK

Das Vorgehen bei elektiven chirurgischen Eingriffen richtet sich nach dem Blutungsrisiko und basiert auf Erfahrungswerten sowie Daten aus der Literatur. Für Rivaroxaban gilt, dass bei geringem bis mittlerem Blutungsrisiko und normaler Nieren- und Leberfunktion ein Absetzen 24 Stunden vor der Operation aus, um die medikamentös bedingte Gerinnungshemmung zu normalisieren.[9] Bei Eingriffen mit hohem Blutungsrisiko sowie bei schlechter Nierenfunktion sollte ein Zeitraum von 48 Stunden abgewartet werden.[10]

Beim Management von Blutungen dient ein Stufenschema als Leitfaden für das Vorgehen.[11,12,13] Demgemäß werden Patienten mit leichten Blutungen überwacht, das NOAK wird entweder passager abgesetzt oder die nächste Einnahme verzögert. Spezielle Labormessungen seien angezeigt, wenn Unsicherheit besteht, ob der Patient sein NOAK eingenommen hat. Bei mittelschweren bis schweren Blutungen richten sich die primären Maßnahmen auf die Stabilisierung der Herz- und Kreislauffunktion sowie parallel auf die Behandlung je nach Lokalisation des Blutungsherdes. Bei vital bedrohlichen Blutungen ist meist ein spezielles Hämostasemanagement erforderlich. Dazu sollten Blutungsprädiktoren beurteilt und der Zeitpunkt der letzten NOAK-Einnahme sowie deren Dosis und etwaige andere Blutungsursachen in Erfahrung gebracht und ggf. behandelt werden. Wenn eine Rivaroxaban-empfindliche Thromboplastinzeit (Quick-Wert) sowie eine Thrombinzeit (thrombinreicher Kalibrator) zur qualitativen Beurteilung deutliche Abweichungen zum Normbereich oder zum Vorwert aufweisen, ist eine Wirkung von NOAK mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben. In diesen Fällen ist der Einsatz von Faktorenkonzentraten indiziert. Therapie der ersten Wahl ist das Prothrombin-Komplex-Konzentrat PPSB, nur in Ausnahmefällen kann der Einsatz von rFVIIa erwogen werden.

Wenn die klinische Situation eine Beeinflussung der Hämostase erfordert, ist dies dank der kurzen Halbwertszeit der NOAK und der breiten Verfügbarkeit von Faktorenkonzentraten also gewährleistet. Spezifische neutralisierende Mittel für NOAK sind derzeit noch nicht verfügbar.

Von Stefan Hoffmann, Bernhard Witzenbichler

Quellen

[1] Camm AJ et al. Eur Heart J 2012; 33: 2719-2747
[2] Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365: 883-91
[3] Tamayo S et al. Clin Cardiol 2015; 38(2): 63-68
[4] Beyer-Westendorf J et al. Blood 2014; 24(6): 955-962
[5] The EINSTEIN-PE Investigators. N Engl J Med 2012; 366: 1287-1297
[6] The EINSTEIN Investigators. N Engl J Med 2010; 363: 2499-2510
[7] Prins MH et al. Thrombosis Journal 2013; 11: 21
[8] Bauersachs RM et al. Thrombosis Journal 2014; 12: 25
[9] Koscielny J et al. Hämostaseologie 2012; 32(4): 287-293
[10] Waurick K et al. Anästh Intensivmed 2014; 55: 464-492
[11] Heidbuchel H et al. Europace 2013; 15: 625-651
[12] Makris et al. Br J Haematol 2013; 160(1): 35-46
[13] Peacock WF et al. Clin Cardiol. 2012; 35(12): 730-737

[a] Patienten unter VKA-Therapie: Time in therapeutic range 62,7 %
[b] Patienten unter VKA-Therapie: Time in therapeutic range 61,7 %

VENTURE AF: Antikoagulation bei Katheterablation von Vorhofflimmern

Ergebnisse vom „Heart Rhythm 2015"

Bereits im Newsletter vom Juni 2015 hatten wir kurz über VENTURE-AF berichtet – heute gibt es mehr Details. Es handelt sich um die erste prospektive Studie eines NOAK bei Patienten mit Vorhofflimmern, die sich einer Katheterablation unterziehen. Da Blutungen und thromboembolische Ereignisse bei einer Katheterablation die häufigsten Komplikationen sind, empfehlen die aktuellen Leitlinien bei diesen Patienten eine ununterbrochene orale Antikoagulation vor, während und nach dem Eingriff.

Im Rahmen von VENTURE-AF wurden 248 Patienten an 37 Prüfzentren in fünf Ländern randomisiert. Patienten mit VHF, bei denen eine Katheterablation indiziert war, wurden randomisiert im Verhältnis 1:1 und mit Rivaroxaban 20 mg einmal täglich oder mit dosisangepasstem VKA (INR-Zielwert 2,0-3,0) behandelt. Patienten im Rivaroxaban-Arm hatten keine thromboembolischen Ereignisse. Bei den Patienten, die einen VKA erhielten, traten zwei thromboembolische Ereignisse (ein vaskulärer Tod und ein ischämischer Schlaganfall) auf. In dem VKA-Behandlungsarm gab es ein schweres Blutungsereignis gemäß ISTH-Klassifikation, in der Rivaroxaban-Behandlungsgruppe hingegen keines. In keiner der Gruppen waren schwere Blutungsereignisse nach der Definition der TIMI- und GUSTO-Skalen zu verzeichnen. Die Inzidenz von nicht-schweren Blutungsereignissen und verfahrensbedingten Ereignissen war in beiden Behandlungsarmen gering.

European Heart Journal Advance Access published May 14, 2015

European Heart Journal

FASTTRACK CLINICAL RESEARCH
Atrial fibrillation

Uninterrupted rivaroxaban vs. uninterrupted vitamin K antagonists for catheter ablation in non-valvular atrial fibrillation

Riccardo Cappato[1,2], Francis E. Marchlinski[3], Stefan H. Hohnloser[4], Gerald V. Naccarelli[5], Jim Xiang[6], David J. Wilber[7], Chang-Sheng Ma[8], Susanne Hess[9], Darryl S. Wells[10], George Juang[11], Johan Vijgen[12], Burkhardt J. Högl[13], Richard Balasubramanian[14], Christian De Chillou[15], D. Wyn Davies[16], L. Eugene Fields[17], and Andrea Natale[18]*, on behalf of the VENTURE-AF Investigators

Aims — VENTURE-AF is the first prospective randomized trial of uninterrupted rivaroxaban and vitamin K antagonists (VKAs) in patients with non-valvular atrial fibrillation (AF) undergoing catheter ablation (CA).

Methods and results — Trial size was administratively set at 230, the protocol-specified target. Events were independently and blindly adjudicated. We randomly assigned 248 NVAF patients to uninterrupted rivaroxaban (20 mg once daily) or to uninterrupted VKA prior to CA and for 4 weeks afterwards. The primary endpoint was major bleeding events after CA. Secondary endpoints included thromboembolic events (composite of stroke, systemic embolism, myocardial infarction, and vascular death) and other bleeding or procedure-attributable events. Patients were 59.3 ± 10 years of age, 71% male, 74% paroxysmal AF, and had a CHA2DS2-VASc score of 1.6. The average total heparin dose used to manage activated clotting time (ACT) was slightly higher (13 871 vs. 10 964 units)* < 0.001) and the mean ACT level attained slightly lower (320 vs. 335 s; P < 0.001) in rivaroxaban and VKA arms, respectively. The incidence of major bleeding was low (0.4%; 1 major bleeding event). Similarly, thromboembolic events were low (0.8%; 1 ischemic stroke and 1 vascular death). All events occurred in the VKA arm and all after CA. The number of any adjudicated events (24 vs. 23), any bleeding events (21 vs. 18), and any other procedure-attributable events (3 vs. 5) were similar.

Conclusion — In patients undergoing CA for AF, the use of uninterrupted oral rivaroxaban was feasible and event rates were similar to those for uninterrupted VKA therapy.

Name of the Trial Registry — Clinicaltrials.gov trial registration number is NCT01273831.

Keywords — Atrial fibrillation • Catheter ablation • Oral anticoagulant • Uninterrupted • Thromboembolism

Reprinted from Advance Access published May 14, 2015

Fazit: Eine Katheterablation wird häufig bei VHF-Patienten vorgenommen; hier ist eine ununterbrochene orale Antikoagulationstherapie wichtig, um die Patienten vor den Folgen von Thromboembolien zu schützen.

Von Ernst G. Vester

Schlaglichter vom ESC 2015 London

„Drahtloser Schrittmacher“
Die Sicherheit und Effektivität eines neuartigen Elektroden-freien VVI-Herzschrittmachers wurde bei insgesamt 526 Patienten in der **LEADLESS II-Studie** gezeigt. Die Implantation gelang in 96% d.F. Die 6 Monats- Komplikationsrate betrug 6,7 % incl. einer Perforationsrate von 1,3 %. In 7 Fällen konnte das Device komplikationslos entfernt werden, die geschätzte Lebensdauer beträgt 15 Jahre. Randomisierte Vergleiche mit herkömmlichen SM-Systemen fehlen noch und sind erforderlich. An Systemen für AAI-SM, ICD's und CRT-D's wird geforscht.

Herzinsuffizienz-Monitoring in ICD/CRT-Systemen
In der **OptiLink HF-Studie** wurde der prognostische Wert eines Device-basierten Impedanz-Monitorings mit telemedizinischer Warnung untersucht; Schwellenüberschreitungen hinsichtlich der intrathorakalen Flüssigkeitsmenge - gemessen an Impedanzänderungen – wurden in 1748 Fällen bei 1002 Patienten registriert und führten in 47% zu therapeutischen Interventionen. Dennoch wurde der komb. PE aus Tod und CV Hospitalisierung nur im Trend günstig beeinflusst; die Gesamtmortalität war identisch mit der Kontrollgruppe. Offensichtlich muss die Herzinsuffizienzüberwachung viel komplexer sein und über eine Signalwarnung deutlich hinausgehen, um prognoserelevant zu sein.

„CPAP“-Maskenatmung bei der zentralen Schlaf-Apnoe
Die große Enttäuschung war die vorzeitig abgebrochene, kontrolliert- randomisierte **SERVE-HF Studie**, in der die adaptive Servo-Ventilation (ASV) bei Patienten mit zentraler Schlaf-Apnoe (CSA), Herzinsuffizienz und reduzierte LVEF getestet wurde – mit dem Ergebnis, dass die ASV gegenüber der Kontrolle den komb.PE aus Tod, lebensrettender Intervention und Hospitalisierung wegen Verschlechterung der HI nicht beeinflusste (im Trend sogar verschlechterte) und darüber hinaus die Gesamtmortalität um 28 % signifikant erhöhte. Dies bedeutet, dass die ASV für Patienten mit zentraler Schlaf-Apnoe obsolet ist!

Insgesamt wurden - wie schon auf vielen Mammut-Kongressen der jüngeren Vergangenheit - viele negative oder neutrale Studien präsentiert, was darauf hindeutet, dass so manche Therapiestrategien bereits stark ausgereizt ist und Durchbrüche resp. Innovationen immer schwieriger zu generieren sind; Blockbuster- oder Meilenstein-Studien werden immer seltener (kommen aber von Zeit zu Zeit vor). Trotzdem ist ein reichhaltiger Erkenntnis-Zugewinn gegeben; auch negative Resultate sind erhellend und bringen uns der Wahrheit näher.

„Der rätselhafte Patient“

Selten wird häufig übersehen
Immer wieder hört und liest man von seltenen Erkrankungen, die auch eine kardiologische Symptomatik hervorrufen können. Interessant ist das Thema – keine Frage. Doch wie schnell rückt es im Alltag wieder in den Hintergrund: „das ist ja eh so selten, das wird in meiner Praxis sicherlich nie vorkommen“. Doch stimmt das wirklich? Könnte es nicht sein, dass man den ein oder anderen Patienten bereits mit der Diagnose „unklare LVH“ eingeordnet hat und nach der wirklichen Ursache nicht weiter „gebohrt“ hat?

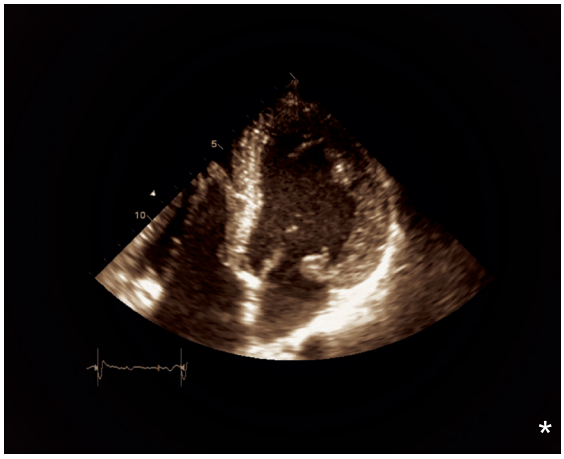


*Abb. mit freundlicher Genehmigung von Prof. F. Weidemann, Katharinen Hospital Unna

Dabei lohnt es sich, gerade bei Patienten unter 40 Jahren mit unklarer LVH (Wanddicken von >14 mm) oder einem prominenten Papillarmuskel, doch nochmal genauer hinzuschauen – die Ursache könnte Morbus Fabry sein! Denn hätten Sie gewusst, dass die geschätzte Prävalenz hypertropher Kardiomyopathien bei M.Fabry genauso hoch ist wie bei der Amyloidose, die die meisten Kardiologen wie selbstverständlich als Differentialdiagnose zumindest ausschließen?

Sollte Ihnen ein Patient wie oben beschrieben auffallen, so kann das Kompetenzzentrum Morbus Fabry am Universitätsklinikum Tübingen bei der Abklärung des Verdachtes helfen. Nähere Informationen zum Thema und zum Kompetenzzentrum finden Sie in der Beilage „Der rätselhafte Patient“, welche diesem Newsletter beiliegt!

Von Wolfgang Bocksch, Martin Steeg

Die Erstellung und der Versand dieses Newsletters wurde von Bayer Healthcare mit 11.000 Euro gefördert.

IMPRESSUM: Ausgabe September 2015
Layout + Druck: Nicolaisen GmbH, 47608 Geldern
Redaktion und Herausgeber: BIK e.V.

BIK Berufsverband Interventioneller Kardiologen
Geschäftsstelle BIK e.V.
Wilhelminenstr. 1a
D-65193 Wiesbaden
Email bik@bikardio.de
Internet www.bikardio.de