15. Zürcher Herz-Kurs 2015

Schnittstelle zwischen Praxis und Herzzentrum

Die evidenzbasierte Medizin einerseits und die optimale Beratung des Patienten andererseits stellen die Grundlagen für die Arbeit sowohl in der Praxis als auch im Zentrum dar. Der 15. Zürcher Herz-Kurs legte deshalb den Schwerpunkt des Programms auf die Präsentation aktueller neuer Studienergebnisse und ihre fallbezogene kritische Anwendung. Die Schwerpunkte umfassten Vorhofflimmern bei erhöhtem Embolierisiko, Alternativen zur Antikoagulation und die perkutane Aortenklappenimplantation.

Vorhofflimmern – Verschluss des Vorhofsohres statt Antikoagulation: eine Option für jedermann?

Die Fragen, die sich beim Patienten mit Vorhofflimmern stellen sind, so der Referent **PD Dr. med. Christian Scharf**, Klinik im Park Zürich: Wie gross ist das Risiko der Embolie aus dem Vorhofsohr? Wie häufig sind andere Ursachen verantwortlich? Wie viele Patienten setzen die OAK ab? Was ist besser die orale Antikoagulation oder der Schirm?

- Stroke bei VoFLi hat 30 % vaskuläre Ursachen; OAK wird bei ca 30 % abgesetzt; WATCHMAN ist gleichwertig wie OAK; Amulet ist eine Alternative, va ohne OAK; Die nächsten Guidelines werden eine erweiterte Indikation für LAA Occluder haben

Der WATCHMAN Occluder sollte aber nur bei Patienten eingesetzt werden, deren Vorhofflimmern nicht auf Herzklappenerkrankungen zurückzuführen ist, die ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall haben, die für eine Antikoagulation geeignet sind und die einen angemessenen Grund zur Suche nach einer nicht-medikamentösen Alternative zur Antikoagulation haben.

Zusammenfassend stellte der Referent fest:

Schlaganfall bei Vorhofflimmern hat in 30 % vaskuläre Ursachen; Die orale Antikoagulation wird bei ca 30 % abgesetzt; Der WATCHMAN Occluder ist gleichwertig wie die orale Antikoagulation; Amulet ist eine Alternative, va ohne orale Antikoagulation; Die nächsten Guidelines werden eine erweiterte Indikation für LAA Occluder haben

Chirurgische Vorhofsamputation und Vorhofohrverschluss: Unterschied verschiedener Techniken

Die Indikation für Mitralklappen- + Trikuspidalklappenrekonstruktion ist in der letzten Zeit erweitert worden, stellte **Prof. Dr. med. P.R. Vogt**, Klinik im Park Zürich fest. Die Gründe dafür sind:

- Besseres Timing für die Chirurgie; Bessere Kenntnis der anatomischen Strukturen und der funktionellen Anatomie; Fortschritt bei den chirurgischen Reparaturtechniken; Verbesserte perioperative Behandlung und erhärtete Langzeitdaten zu dem, was wir nicht tun sollten.

Die operative Mitralklappenreparatur weist eine zunehmende Komplexität auf, wie der Referent aufzeigte. Die Resultate mit der Resektion sind hervorragend – also warum wechseln?

Die potentiellen Nachteile der Resektionstechnik sind: Beeinträchtigung der Mobilität des Mitralsegels, eingeschränkte Tiefe der Koaptation, Veränderung der Geometrie des Anulus, kleinere Anuloplastieringe. Die potentiellen Vorteile sind: Erhaltene Segelmobilität, grössere Tiefe der Koaptation, keine Verformung der Segelgeometrie, grösserer Anuloplastiering. Die Reparatur ist besser als der Ersatz (Reoperationsrate 16±3% vs. 23±5% in einer Studie nach 15 Jahren).

Die Rekonstruktion der Koaptation kann durch vereinfachte Methoden zur Vermeidung der systolisch anterioren Bewegung erreicht werden.

Die Indikationen für Mitralklappen- und Trikuspidalklappenrekonstruktion wurde erweitert. Korrektur erfolgt auf verschiedenen anatomischen Niveaus. Verbesserungen erfolgten im Hinblick auf die Patientenselektion: Komorbiditäten, präoperative Hämodynamik, Chirurgie, Myokardschutz und Manipulation des pulmonal-arteriellen Drucks, wie die prä- und postoperative Behandlung mit Revatio®, dem Prostatyclin-Analog Iloprost® und mit intravenösem Nitroglycerin oder Stickstoffmonoxid. Insgesamt ist es die Mitralklappenchirurgie wert, sogar bei schwerer pulmonal-arterieller Hypertonie (PAH) und PAH mit suprasystemischem Druck. Sowohl Früh- als auch Spätmortalität sind akzeptabel, die Lebensqualität wird beträchtlich verbessert.

Der Referent hielt die folgenden Punkte fest:

Die systolische anteriore Bewegung der Mitralklappe ist vorhersehbar und vermeidbar

- Überschuss hinteres Mitralklappensegel, C-Sept < 2.5, akuter A-M-Winkel

Wenn anatomische Prädiktoren identifiziert sind:

- Reduzierte Höhe des hinteren Mitralklappensegels, erhöhen der Anuloplastie

Wenn systolische anteriore Bewegung der Mitralklappe nach Reparatur vorkommt:

Moderate Mitralklappeninsuffizienz, Gradient im linken Ausflusstrakt (LVOT) > 50: chirurgische Behandlung

- Rekonstruktion mit Reduktion der progressiven multifokalen Leukoenzephalopathie (PML) Reduktion, Gortex-PML-Fixierung

Milde Mitralklappeninsuffizienz, LVOT-Gradient < 50: medizinische Behandlung

SWISS TAVI Registry-Behandlungsergebnisse in der Schweiz

Swiss TAVI ist das nationale prospektive Register, welches alle Patienten, die mit einer TAVI behandelt werden, einschliesst, wie **Prof. Dr. med. Peter Wenaweser**, Inselspital Bern erklärte. Bis dato sind über 2 500 Patienten erfasst worden und das Swiss TAVI ist somit eines der grössten TAVI-Register weltweit. Klinische Ergebnisse sowie die Komplikationen und der Langzeitverlauf werden von einem Komitee kontrolliert bzw. beurteilt. Die aktuellen Auswertungsergebnisse zeigen im Jahresvergleich eine zunehmend bessere Prognose für die Patienten bzw. weniger häufig auftretende Komplikationen.

Probleme beim vaskulären Zugang treten seltener auf dank der neueren Technologien, die kleinkalibrige Schleusen benützen. Der transfemorale Zugang ohne Vollnarkose wird in der grossen Mehrheit der Eingriffe verwendet. Ausserdem sind die Fälle mit relevanten paraval-

vulären Insuffizienzen stark zurückgegangen. Das Register ist ein wichtiger Bestandteil zur Qualitätskontrolle und gibt detaillierte Einsicht in die behandelte Patientenpopulation und deren klinischen Verlauf.

TAVI – Neue Daten, neue Indikationen

Die erste erfolgreiche perkutane Aortenklappenimplantation erfolgte am 16. April 2002 durch Alain Cribier. Bis heute wurden mehr als 200 000 Implantate in mehr als 65 Ländern weltweit eingesetzt, wie **Prof. Dr. med. F. Wolfgang Amann**, Klinik im Park Zürich feststellte. Im PARTNER-1A-Trial war TAVI dem chirurgischen Aortenklappenersatz nicht unterlegen. In der CoreValve-US-Zulassungsstudie war TAVI der chirurgischen Methode sogar überlegen.

TAVI im Jahr 2015:

Neue Leistungsbenchmarks für Hochrisiko-Patienten mit Aortenklappenstenose (Nach30 Tagen):

Gesamtmortalität < 3 %; Schwere Schlaganfälle mit Behinderung < 2 %; Ernsthafte vaskuläre Komplikationen < 5 %; Neue permanente Schrittmacher < 10 %; Moderate bis schwere paravalvuläre Aorteninsuffizienz < 5 %

TAVI-Kernpunkte sind: Patientenselektion, Zugangsprobleme (vaskuläre Komplikationen, Schlaganfall, Aorteninsuffizienz kompletter AV-Block, neuer Schrittmacher, Langzeitdaten (10+ Jahre) fehlen.

Indikationen für TAVI: Patienten mit Aortenklappenstenose mit hohem, prohibitivem Operationsrisiko sowie Patienten mit degenerierten Bioprothesen.

Neue Indikationen für TAVI: Patienten mit Aortenklappenstenosen mit niedrig bis intermediärem Operationsrisiko (mit günstiger Anatomie) sowie ausgewählte Patienten mit angeborener Aorteninsuffizienz und hohem Operationsrisiko.

Tachykardie mit breitem Kammerkomplex

Die Kammertachykardie (KT) ist definiert als > 100 Schläge/Min, QRS > 120 MS, nach Herzinfarkt, Breitkomplextachykardie 90 %, berichtete **PD Dr. med. Benjamin Berte**, Klinik im Park Zürich.

Die KT-Mechanismen sind:

Getriggerte Aktivität

- Frühe Nachdepolarisation bei verlängerter QT-Zeit (Torsades de Pointes: short-long-short!)
  - Extrastimulus (ES)-Stimulation
  - terminieren mit Adenosin/Calcium-Blocker (CCB)
- Späte Nachdepolarisation bei Ausflusstrakt VT (Calciumüberladung– cAMP),
  - schnelle Stimulation der VT, Isuprel zur Initiierung
  - terminieren mit CCB

Abnorme Automatie

- Fokale VT (adrenerger Antrieb)
  - Isuprel oder Ergometrie
  - terminieren mit BB/CCB
- Purkinje-Fasern beschädigt

Reentry-Kreis

- Narben-bedingt
- Innerhalb von Purkinje-System

Breit-QRS-Komplex-Tachykardien: KT oder nicht?

KT: 80%; Supraventrikuläre Tachykardie (SVT) mit vorbestehendem oder funktionellem Schenkelblock: 15% (Aberrante Leitung (Akzelerationsphase III - Dezelerationsphase IV Versteckte retrograde Leitung Ashmanphänomen); SVT mit vorzeitiger Erregung; SVT bei Antiarrhythmika oder Hyperkaliämie 1:1 Flutter: 5%; Ventrikuläre Stimulation (Vereckei et al. Curr Cardiol Rev 2014 ;10 :262-276)

Besondere Typen der Ventrikulären Tachykardie

Narben-bezogene VT (ICM, ARVC, Mehrheit der VT: meist Reentry); RV/LV-Ausflusstrakttachykardie (>10%VES: Risiko für KMP R/Ablation?); Septale/Leitungssystem-VT (QRS schmaler während VT als während SRI); Reperfusions-VT (nach Herzinfarkt – niedriger Rhythmus); Schenkelreentry-VT (LSB-Morphologie, LV dilatiert, niedrige EF, sehr krank); Bidirektionale VT (Digitalis-Intoxikation); Belhassen-VT (faszikuläre VT: junge Leute, Verapamil Sensitive); Papillarmuskel-VT; Epikardial-VT (breites QRS, nicht ischämische Kardiomyopathie); Fokal Purkinje-VT

Breitkomplextachykardie

Richtige Diagnose (DD SVT, transthorakales Echokardiogramm, DE-MRI, Multislice Detector CT (MDCT), Koronarangiographie, Elektrophysiologische Untersuchung); Richtige Behandlung (HF-Behandlung, BB, Amiodarone, ICD, VT-Ablation, PCI, Chirurgie

Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Quelle: 15. Zürcher Herz-Kurs 10.9.2015. Eine Fortbildung des HerzGefäss Zentrums Zürich, Klinik im Park, und der HerzGefässStiftung

ANKÜNDIGUNG

Vol. 5 – Ausgabe 6 – Dezember 2015

Was bietet Ihnen die nächste Ausgabe?

FORTBILDUNG → Endokarditis / Myokarditis

→ Übersicht Insuline

NOAKs: Medikamenteninteraktionen

KONGRESS USZ-Symposium «Herzinsuffizienz»