

WISSEN AKTUELL

11. Zürcher Herz-Kurs

Fokus auf Vorhofflimmern und arterielle Hypertonie

Das Motto des 11. Zürcher Herz-Kurses war: Voneinander lernen und offene Fragen kritisch aufnehmen. Traditionell wurden auch dieses Jahr mit „Vorhofflimmern und arterielle Hypertonie“ zwei hochaktuelle Themen gewählt, die in der allgemeinen kardiologischen Praxis häufig auftretende Probleme und neue therapeutische Ansätze betreffen. Die Special Lecture von Dr. Romanens, Olten, handelte von Kostendruck und Qualität in der ambulanten Behandlung kardiovaskulärer Patienten im Lichte der neuen Therapien.

Risikoangepasste Antikoagulation, neue Gerinnungshemmer

PD Dr. Salomon berichtete über die Risiko-angepasste Antikoagulation, die sich zwischen Embolierisiko und erhöhtem Blutungsrisiko bewegt. Zur Risikostratifizierung für Embolien existiert eine gute Datenlage. Für die medikamentöse Embolierisiko-Reduktion ist sie mässig, da wenig langfristige Daten verfügbar sind. Im Hinblick auf ältere und polymorbide Patienten (Niereninsuffizienz, KHK, gastrointestinale Blutungen etc) ist die Datenlage noch mager.

Die Risikostratifizierung für Embolie basiert auf CHADS₂-Score (Tab. 1) und dem CHADS₂VASc-Score, einer Modifikation des CHADS₂-Scores, der möglicherweise eine bessere Risikostratifizierung zulässt, indem er Personen mit niedrigem Risiko besser differenziert. In dieser Modifikation werden zusätzliche Punkte vergeben für bestehende Gefässerkrankungen und weibliches Geschlecht.

Für das Blutungsrisiko dienen der HAS-Bled Score (Lip GYH, am J Med 2011;124:111–14) und der HE-

MORR2Hages (Gate et al Am Heart J 2006;151:713–9). Die Risiko angepasste Therapie ergibt sich aus den beiden Scores. Klinisch relevante Blutungen treten zu 70% gastrointestinal und zu 15% intrazerebral auf (übrige 15%).

Mit dem Thema Wirkungsweise, Indikation und Limitation der neuen Antikoagulantien in der Schlaganfall-Prophylaxe, setzte Frau PD Dr. Bächli, Uster, die Tagung fort. Sie zeigte zunächst die Wirkungsweise der neuen Medikamente Dabigatran (Pradaxa), Rivaroxaban (Xarelto) und Apixaban (Eliquis) gegenüber Warfarin auf und präsentierte anschliessend die Studien RELY (Dabigatran vs Warfarin), ARISTOTLE (Apixaban vs Warfarin) und ROCKET AF (Rivaroxaban vs Warfarin). Für die Schlaganfallprophylaxe bei VHF sind alle drei neuen Medikamente zur Zulassung eingereicht. Während Dabigatran ein direkter Thrombininhibitor ist, sind Rivaroxaban und Apixaban Faktor Xa Inhibitoren. Rivaroxaban muss als einziges Me-

TAB. 1 Der CHADS₂-Score

CHADS ₂ -Score zur Abschätzung des Schlaganfallsrisikos bei Vorhofflimmern ⁷		
	Bei Vorliegen...	... ergibt sich
C (congestive heart failure)	Strukturelle Herzerkrankung, die Herzinsuffizienz verursacht	1 Punkt
H (hypertension)	Arterielle Hypertonie (auch behandelt)	1 Punkt
A (age)	Alter >75 Jahre	1 Punkt
D (diabetes)	Diabetes mellitus	1 Punkt
S (stroke)	Durchgemachter Schlaganfall oder transitorische ischämische Attacke	2 Punkte

dikament nur einmal täglich eingenommen werden, Apixaban hat am wenigsten negative Auswirkungen auf die Niere. Eine Therapie-Kontrolle ist nur im Falle von Blutungen. Die Halbwertszeiten sind nicht sehr unterschiedlich. Laut Frau **Dr. Bächli** gibt es noch keine Gründe für eine Umstellung auf die neuen Medikamente. Eine Umfrage unter Kollegen ergab, dass 50% der Patienten umgestellt sind. Als Limitation wurde festgehalten, dass es noch keinen Test zur Überwachung der Antikoagulation gibt.

Verschluss des Vorhofohres mittels Schirmimplantation

Zum Vorhofverschluss als Schlaganfall-Prophylaxe bei Vorhofflimmern sprach **PD Dr. Christoph Scharf**. Er betonte, dass Ablation keine Schlaganfall-Prophylaxe ist, sondern hauptsächlich gegen Symptome gerichtet ist. Im Vorhofohr finden sich die meisten Thromben → es ist besser diese Herde zu verschliessen. Er zeigte eigene Erfahrungen mit LAA-Verschluss und fasste zusammen:

- ▶ bei TIA oder Embolie bei Vorhofflimmern lebenslange OAK.
- ▶ Verschluss der Vorhofsohres
- ▶ 6 Wochen nach Implantation ist der Schirm in 96% dicht.
- ▶ keine Spät-Embolien auch bei Hochrisiko-Patienten ohne Antikoagulation.

Vorhofflimmern und Hypertonie sind hauptsächliche Embolie-Quellen. Es ist bekannt, dass über 90% der Hirnschläge im VHF aus dem linken Vorhofohr stammen.

Schon lange verschliessen Herzchirurgen das Vorhofohr bei offenen Herzoperationen um die Gefahr von Embolien zu vermindern. Seit wenigen Jahren gibt es nun Schirme, welche das Vorhofsohr perkutan verschliessen. In einer ersten Multizenterstudie, mit 460 Patienten, war der Schirm genauso effektiv in der Verhinderung von Schlaganfällen wie die Blutverdünnung, bei 87% der Patienten konnte die Antikoagulation nach 6 Wochen abgesetzt werden. Zu den in der Studie genannten Komplikationen zählten vor allem Embolien und Perikardtamponade, welche in der Studie bei ca. 6% der Pat. auftraten.

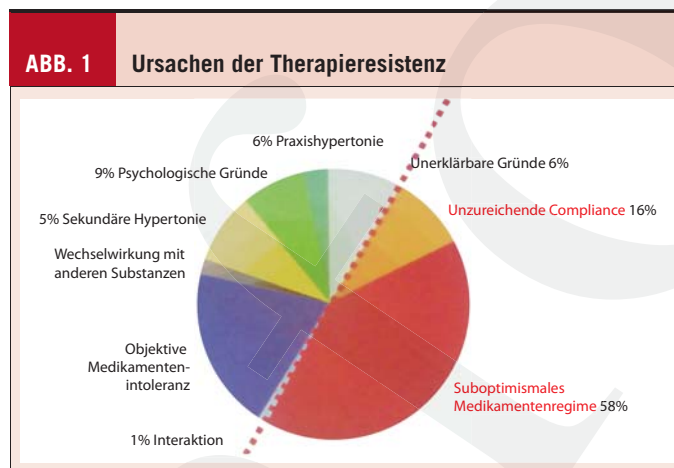
Dr. Scharf empfiehlt nach TIA oder einer Embolie bei Vorhofflimmern, lebenslange OAK. Eine Alternative ist der Verschluss des Vorhofsohres (Komplikationen initial 10%, nimmt aber mit der Erfahrung ab, Lernkurve). Sechs Wochen nach Implantation ist der Schirm in 96% dicht. Es treten keine Spät-Embolien auf, auch bei Hochrisiko-Patienten ohne Antikoagulation.

Therapierefraktäre Hypertonie

Ein weiterer Teil des Symposiums war dem Thema „Therapierefraktäre Hypertonie“ gewidmet. Nach einer Fallvorstellung durch Dr. Maurus Huber beschäftigte sich **Prof. Noll** mit der therapierefraktären Hypertonie und der Wirkungsweise der kathetertechnischen renalen Sympathektomie. Zunächst muss eine korrekte Messung des Blutdrucks erfolgen. Grundsätzlich soll die Blutdruckmessung strukturiert durchgeführt werden, d.h. zum Beispiel immer nach dem Morgenessen/nach dem Mittagessen/nach dem Abendessen. Ein pragmatischer Versuch zur Einstellung der Hypertonie in der Praxis sieht wie folgt aus

- 1- Diagnose feststellen: 24h Blutdruckmessung
- 2- 24h Stunden Blutdruckmessung zur Sicherung der Diagnose
- 3- Eine Kombitherapie 2–3 Medikamente in einer Pille

Eine Kombitherapie in geringen Dosen ist besser als maximale Dosen und Monotherapien. Bei alten Menschen (>80j) ist der Blutdruckzielwert 150 und nicht 140 mmHg.



Von „resistenter Hypertonie“ spricht man bei einem erhöhten Blutdruck, der auf Behandlung nicht anspricht. Spezifisch ist resistente Hypertonie definiert als Blutdruck, welcher erhöht bleibt trotz Behandlung mit einer optimalen Therapie, die 3 Medikamente umfasst, welche ein Diuretikum in adäquater Dosierung einschliessen. Volle Adhärenz ist dabei Voraussetzung. Sekundäre Ursachen müssen ausgeschlossen werden, auch an andere Medikamente denken! Die Ursachen der Therapie-Resistenz sind in der Abb. 1 wiedergegeben. Ein weiteres Problem stellt die maskierte Hypertonie dar, also Menschen, die in der Arztpraxis stets normale Werte haben, bei denen unter anderen Bedingungen, z.B. zuhause, die Werte aber erhöht sind. In einer italienischen Studie hatten unter Menschen mit maskierter Hypertonie 47 Prozent innerhalb von 10 Jahren eine echte Hypertonie entwickelt, von den Studienteilnehmern mit ursprünglich normalem Blutdruck aber nur 18 Prozent.

Radiofrequenzablation des renalen Sympathikus

Die Blutdrucksenkung bleibt eine Herausforderung trotz der zur Verfügung stehenden wirksamen Medikamente. Eine weitere Möglichkeit erhöhte Blutdruckwerte zu behandeln, ist die kathetertechnische, renale Sympathektomie. Das Verfahren gleicht einer angiographischen Untersuchung der Nierengefässe über einen arteriellen Zugang. Der Ablationskatheter wird über die Leistenarterie unter Sicht in die Nierenarterie eingeführt und die an der äusseren Gefässwand verlaufenden sympathischen Nerven werden mittels Hochfrequenzablation selektiv unterbrochen. Dadurch werden unterschiedliche Mechanismen unterdrückt, die zu der Entwicklung des Bluthochdrucks beitragen. Klinische Resultate, die mit diesem Verfahren erhalten wurden, stellte **Dr. Urkena** (Homburg, Saar) vor. Er zeigte insbesondere Resultate der kürzlich veröffentlichten Simplicity HTN-1- und HTN-2-Studien vor. Dabei wurden die Durchführbarkeit und ein möglicher Nutzen der renalen Sympathikusdenervation als Behandlungsmethode der therapierefraktären arteriellen Hypertonie untersucht. Mit Hilfe dieser Methode liess sich der arterielle Blutdruck bei Patienten mit therapierefraktärer Hypertonie um 30/12 mmHg senken. Eine Nachbeobachtungsanalyse ergab, dass die Blutdrucksenkung über mindestens 24 Monate anhält. Schwerwiegende Komplikationen, insbesondere Veränderungen der renalen Hämodynamik oder Funktion konnten keine beobachtet werden.

▼ **Eleonore E. Droux**

Quelle: 11. Zürcher-Herzkurs: Innovation und Kostendruck in der Kardiologie: Zwischen Skylla und Charybdis