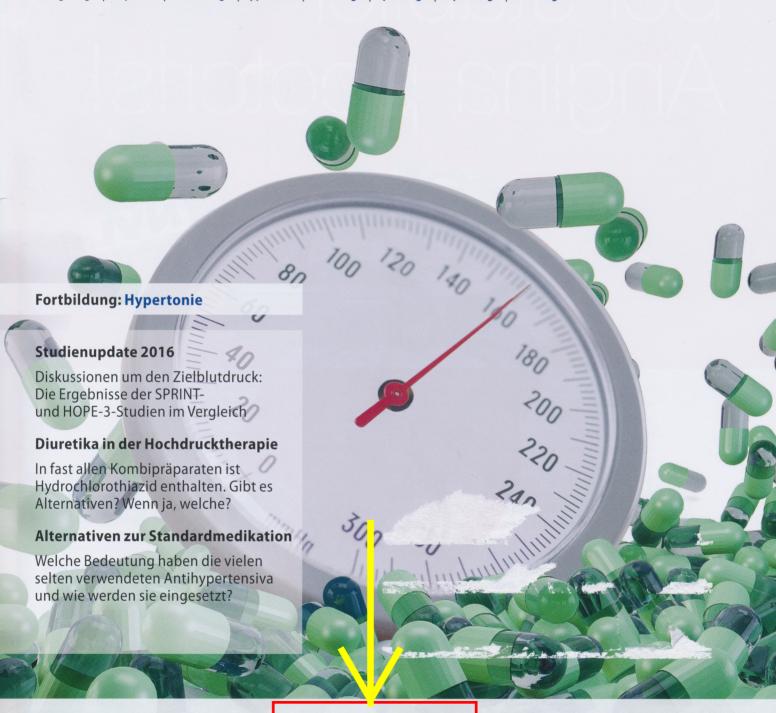
CARDIOVASC

INTERDISZIPLINÄRE FORTBILDUNG

Angiologie | Adipositas | Diabetologie | Hypertonie | Kardiologie | Lipidologie | Nephrologie | Neurologie



+++ Kongresse: Hochdruckliga-Tagung +++ pci.live-Kongress +++ Dresdner Symposium +++ Herzbericht ++



Springer Medizin

Kontrolle vor den Augen der Zuschauer ein (s. Abbildungen Seite 14). Die Rationale für die Behandlung sehen die beiden Kardiologen in dem noch recht jungen Alter des Patienten und der damit einhergehenden hohen Lebenswartung. Bei diesem Patienten könnten sich die Effekte der Bioresorption und die Rückkehr der Vasomotorik besonders auszahlen. Aufgrund seines geringen Blutungsrisikos und der guten Compliance ist eine duale Plättchenhemmung über zwölf Monate problemlos möglich. Da-

rüber hinaus sei die Läsion nicht besonders kalzifiziert, sodass ein Stent ausreiche

Am Ende seines Vortrages zog Landmesser das Fazit, dass sich mit den heutigen Daten die Frage, ob uns bioresorbierbare Scaffolds in der Zukunft eine weitere Verbesserung der PCI-Ergebnisse bringen werden, momentan nicht beantworten lässt. Das Konzept der Technologie, einer sich selbst auflösenden Gefäßstütze, erscheine durchaus attraktiv.

Erste Aufgabe werde nun sein, die vergleichbare Sicherheit gegenüber den neuesten DES zu zeigen und erst nach und nach werde man sehen, ob die bioresorbierbaren Scaffolds auch klinische relevante Vorteile erzielen können.

Veronika Schlimpert

Eröffnungsvortrag "Vollständig resorbierbare Koronarstents (,Scaffolds'): Haben Sie ihr Versprechen gehalten?", pci.live-Kongress, 1.12.2016 in München.

Asymptomatische Aortenstenose: intervenieren oder abwarten?

Die Empfehlung, bei asymptomatischen Aortenklappenstenosen einfach abzuwarten, gilt möglicherweise nicht in jedem Fall. Neueren Daten zufolge könnte ein früher Klappenersatz Vorteile mit sich bringen. Doch zu welchem Zeitpunkt und bei welchen Patienten sollte dieser erfolgen?

twa die Hälfte aller Aortenklappenstenosen geht ohne Beschwerden einher. Solange die Patienten asymptomatisch blieben, ist deren Prognose recht gut. Sobald sie aber an Symptomen wie Angina, Herzinsuffizienz usw. litten, steige die Mortalität auf 25 bis 50 % pro Jahr, wie Prof. Holger Thiele vom Universitären Herzzentrum Lübeck auf dem pci.live in München erläuterte. Bisher war die Empfehlung, bei asymptomatischen Aortenklappenstenosen zunächst abzuwarten, die Patienten zu überwachen und nur bei Eintreten von Symptomen einen chirurgischen Klappenersatz oder eine Transkatheter-Klappenimplantation (TAVI) vorzunehmen. "Doch diese Empfehlungen sind womöglich zu vereinfacht", so Thiele.

Abwarten ist nicht immer eine Lösung

Er verwies auf neuere Daten, die diese Vorgehensweise "zumindest etwas infrage stellen". So entwickelten in einer österreichischen Studie von 2016 letztlich 43% der zunächst 109 asymptomatischen Patienten innerhalb eines halben Jahres eine akute Klappendekompensa-

tion und mussten deshalb in eine Klinik eingewiesen werden. Die Mortalität dieser Patienten mit NYHA-Klasse III bis IV war dann nach dem erforderlichen Klappenersatz deutlich höher als die der Patienten im NYHA-Stadium I oder II.

In einer anderen Studie an Patienten mit asymptomatischer hochgradiger

Aortenstenose – definiert als transvalvuläre Flussgeschwindigkeit (V_{max}) > 4 m/s – waren nach fünf Jahren nahezu 80 % der Teilnehmer symptomatisch und benötigen letztlich einen Aortenklappenersatz.

Wie Thiele betonte, ist es im klinischen Alltag gar nicht so einfach, den Zeitpunkt zu definieren, wann die Symptome beginnen. "Jeder kennt sie, die 90-jährige Patientin, die angibt, dass sie eigentlich keine Beschwerden habe, und dann doch die Treppen nicht mehr hochlaufen kann." Häufig haben die Patienten Komorbiditäten wie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Luftnot, Hypertonie, Anämien usw., sodass sich schwer sagen lässt, auf welche Erkrankung die Beschwerden zurückzuführen sind.



Aufgrund der hämodynamischen Instabilität entschied man sich, bei diesem Patienten eine PCI mit linksventrikulärer Unterstützungspumpe vorzunehmen...

CARDIOVASC 2017; 17 (1) 15

Vor- und Nachteile eines frühen **Klappenersatzes**

Die Frage ist also, zu welchem Zeitpunkt der Aortenklappenersatz bei asymptomatischen Patienten am besten erfolgen soll. Ersetzt man die Klappe zu früh, besteht das Risiko, dass der Patient aufgrund einer Klappendegeneration einen erneuten Eingriff benötigt. Eine zweite Intervention sei selbstverständlich mit entsprechenden Komplikationen behaftet, so Thiele. "Wartet man dagegen zu lange, kann es passieren, dass der Patient vorzeitig verstirbt." So beträgt das Risiko für einen plötzlichen Herztod bei Patienten mit asymptomatischer Aortenklappenstenose immerhin 1 bis 1,5 % pro Jahr; im Falle einer symptomatischen Aortenstenose steigt es auf 3 bis 7% jährlich.

Was die Leitlinien sagen

Die europäischen und amerikanischen Leitlinien empfehlen einen vorzeitigen Klappenersatz bei Patienten mit einge-Pumpfunktion schränkter < 50 %) und positivem Belastungstest (Klasse-1-Empfehlung). Bei Patienten mit $V_{max} > 5.5$ (ESC) bzw. > 5.0 (AHA), einem Blutdruckabfall unter Belastung, schwerer Kalzifizierung zusammen mit einem Anstieg der maximalen transvalvulären Flussgeschwindigkeit ≥0,3 m/s pro Jahr wird es ebenfalls für sinnvoll erachtet, die Klappe vorzeitig zu ersetzen (Klasse IIa). Eine Klasse-IIbEmpfehlung wird für Patienten mit einem deutlichen BNP-Anstieg, einer Zunahme des Druckgradienten unter Belastung von mehr 22 mmHg und einer starken linksventrikuläre Hypertrophie ohne Hypertonus ausgesprochen.

Randomisierte Studien fehlen

Doch würden diese Empfehlungen nur auf einem Evidenzgrad C, also auf Expertenmeinungen, basieren, wie Thiele zu bedenken gab. Daten aus randomisierten Studien zum Management der asymptomatischen Aortenstenose gebe es bisher nicht. Zwar habe sich in einer Metaanalyse von 2016 mit vier Registerstudien ein Überlebensvorteil für den frühen Aortenklappenersatz im Vergleich zum "Watchful Waiting" gezeigt, berichtete der Kardiologe. Doch solche Daten seien mit einem Selektionsbias behaftet und müssten daher in randomisierten Studien bestätigt werden.

Eine randomisierte Studie mit 300 asymptomatischen Patienten wurde mittlerweile auf dem Weg gebracht. In ihr soll die Effektivität hinsichtlich der Prävention von Mvokardinfarkten, Schlaganfällen und herzinsuffizienzbedingten Rehospitalisationen des chirurgischen Klappenersatzes mit der einer abwartenden Strategie verglichen werden. Es sei allerdings fraglich, ob diese Studie genügend Power habe, um diese Frage beantworten zu können, gibt Thiele zu bedenken.



...die Seitenastthrombose macht eine eine 2-Stenttechnik nötig (rechts zu sehen in der Koronarangiografie); Live-Case aus den Segeberger Kliniken.

Hochrisikopatienten identifizieren

Ein weiteres Dilemma in dem Management asymptomatischer Aortenklappenstenosen ist, dass sich die betroffenen Patienten hinsichtlich ihrer Charakteristika oft stark unterscheiden. Deutlich wird dies an der großen Spannbreite der Überlebensraten: Nach einem Jahr liegt diese laut Registerdaten zwischen 63 bis 98 % und nach fünf Jahren zwischen 35 bis 85 %.

New Yorker Wissenschaftler um Philippe Généreux haben sich deshalb auf die Suche nach Prädiktoren gemacht, mit denen sich Hochrisikopatienten identifizieren lassen, die von einem frühen Klappenersatz profitieren könnten. Als echokardiografische Kriterien haben sie u. a. eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 50% und eine Klappenöffnungsfläche < 0,75 cm² ausgemacht, ebenso wie abnormale Befunde im Stresstest oder ein Anstieg des mittleren Druckgradienten > 18 oder 20 mmHg während eines Belastungs-Stresstests. Der BNP-Wert (Cut-Off: > 97 pg/ml) hat sich in einem prospektiven Register mit 70 Patienten als besserer Prädiktor für die Sterblichkeit herausgestellt als die Aortenklappenöffnungsfläche.

TAVI auch bei asymptomatischen Aortenstenosen?

Wie TAVI bei asymptomatischen Aortenstenose zu bewerten ist, darüber soll die EARLY-TAVR-Studie aus den USA und die in Deutschland geplante EVE-TAVI-Studie Aufschluss geben. In EVE-TAVI soll die Mortalität und die Häufigkeit von Rehospitalisationen wegen Herzinsuffizienz bei asymptomatischen Patienten nach einer frühen TAVI und nach einer verzögerten TAVI verglichen werden. Geplant ist ein drei- und fünfjähriges Follow-up.

In EARLY-TAVR werden 2.000 Patienten randomisiert entweder einer transfemoralen TAVI oder einer medikamentösen Behandlung zugeteilt. Primärer Endpunkt ist die Mortalität nach zwei Jahren, die Häufigkeit von Schlaganfällen und kardial bedingten Hospitalisierungen. Veronika Schlimpert

Vortrag "Die asymptomatische höhergradige Aortenklappenstenose", pci.live-Kongress am 1.12.2016 in München

16 CARDIOVASC 2017; 17 (1)