

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Kongressbericht: Thromboseforum

Wien 2017

Eichinger S, Kyrle PA

Journal für Kardiologie - Austrian

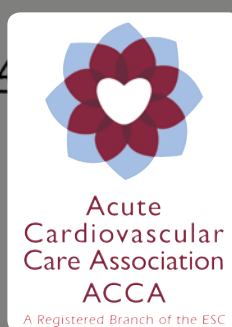
Journal of Cardiology 2017; 24

(11-12), 301-302

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, Mozartgasse 10

Preis: EUR 10,-

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](#)

Kongressbericht: Thromboseforum Wien 2017*

S. Eichinger, P. A. Kyrle

Aus der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Wien

■ Einleitung

Bereits zum 2. Mal fand heuer das „Thromboseforum“ unter der wissenschaftlichen Leitung von **Univ.-Prof. Dr. Paul A. Kyrle** und **Univ.-Prof. Dr. Sabine Eichinger** in Wien statt. Es handelt sich dabei um eine neuartige Veranstaltungsreihe, deren grundlegendes Ziel es ist, die stetig komplexer gewordenen Behandlungsstrategien von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen umfassend und interdisziplinär zu erörtern.

Demgemäß schlug auch das diesjährige Programm einen breiten Bogen vom Patienten mit Vorhofflimmern über antithrombotische Konzepte in den verschiedensten Indikationsgebieten bis hin zum modernen Lipidmanagement. Die Schwerpunkte und einzelnen Themen wurden so gewählt, dass sie Fragestellungen der täglichen klinischen Routine widerspiegeln und somit im höchsten Ausmaß praxisrelevant sind. Einzelne Patientenkasuistiken verstärkten den Bezug zum medizinischen Alltag.

■ Vorhofflimmern und Schlaganfallprophylaxe: Wann antikoagulieren?

So wie auch im Vorjahr war der erste Teil dem Vorhofflimmern gewidmet. Die Erkrankung zeichnet sich durch eine stetig steigende Prävalenz aus, die einem zunehmenden Anteil an älteren Menschen in der Gesamtbevölkerung, aber auch einer verbesserten Diagnostik zuzuschreiben ist. Demgemäß war der Eröffnungsbeitrag dem Schwerpunkt der Diagnostik von Vorhofflimmern gewidmet. Herr **Dr. Fiedler**, Mödling, betonte die auch in den rezenten Empfehlungen der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft 2016 gegebene Empfehlung, bei Patienten > 65 Jahre durch einfache Maßnahmen wie Tasten des Pulses und bei Patienten > 75 Jahren durch EKG-Aufzeichnungen systematisch Hinweise auf Vorhofflimmern zu suchen. Das ist umso wichtiger, als 5–35 % der Patienten asymptomatisch seitens des Vorhofflimmerns sind. Durch elaborierte Methoden, wie z. B. 7-Tage-EKG oder implantierbare Rhythmusrekorder, lassen sich letztendlich an die 100 % der Vorhofflimmerfälle diagnostizieren.

Ein zentrales Element in der Behandlung von Menschen mit Vorhofflimmern ist die Antikoagulantientherapie zur Verhinderung des Schlaganfalls oder einer systemischen Embolie. Herr **Univ.-Prof. Dr. Siostrzonek**, Linz, wies in seinem Vortrag darauf hin, dass 20–30 % aller Schlaganfälle durch Vorhofflimmern verursacht sind. Das Thromboembolierisiko ist stark mit dem Vorhandensein von Risikofaktoren, die mittels des CHA₂DS₂-Vasc-Scores erfasst werden können, verbunden. Das Risiko beträgt zwischen < 1 %/Jahr und > als 20 %

pro Jahr bei Menschen ohne Risikopunkten bzw. mehr als 6 Risikopunkten. Die Expertenempfehlung lautet einhellig, dass prinzipiell bei allen Patienten mit Vorhofflimmern eine Antikoagulation zu erwägen sei, außer bei denjenigen, die keine Risikopunkte gemäß dem CHA₂DS₂-Vasc-Score aufweisen. Sofern es sich nicht um Patienten mit einer Mitralstenose oder einer künstlichen Herzklappe handelt, ist den direkten oralen Antikoagulantien (Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban) der Vorzug gegenüber den Vitamin K-Antagonisten (Marcoumar[®], Sintrom[®]) zu geben. Besonders beachtet muss stets das Blutungsrisiko werden. In diesem Zusammenhang gilt zu betonen, dass fortgeschrittenes Alter, Sturzneigung und/oder Fragilität keine Kontraindikationen *per se* für eine Antikoagulation darstellen.

■ Venenthrombose: Fortschritte beim Patientenmanagement

Der zweite Teil der Veranstaltung hatte klinische Aspekte des Managements von Patienten mit venöser Thromboembolie (VTE) zum Thema. In der Behandlung von Patienten mit oberflächlicher Venenthrombose betonte Herr **Univ.-Prof. Dr. Minar**, Wien, die Wichtigkeit, die Antikoagulation bei diesen Patienten nicht zu früh zu beenden. In den kontrollierten Studien betrug die Therapiedauer durchschnittlich 6 Wochen. In einer rezenten Studie konnte gezeigt werden, dass Rivaroxaban 10 mg 1×1 tgl. für die Dauer von 6 Wochen in der Behandlung oberflächlicher Venenthrombosen genauso effektiv und sicher ist wie eine Standardtherapie mit niedermolekularem Heparin.

Die optimale Dauer der Antikoagulation ist auch eines der zentralen Themen der Behandlung der tiefen Venenthrombose und Pulmonalembolie. Frau **Univ.-Prof. Dr. Eichinger**, Wien, präsentierte einen relativ einfachen Algorithmus zu dieser Entscheidungsfindung. Die wichtigste Frage im Fall einer venösen Thromboembolie ist jene nach möglichen Umständen, unter denen das Ereignis aufgetreten ist. Im Fall von venösen Thromboembolien, die im Zusammenhang mit einem zeitlich begrenzten Risikofaktor zu sehen sind, kann die Antikoagulation aufgrund des zu erwartenden niedrigen Rezidivrisikos nach 3 Monaten beendet werden. Bei Patienten mit spontaner Beinvenenthrombose oder Pulmonalembolie sollte angesichts des hohen Rezidivrisikos eine lang dauernde Antikoagulation angedacht werden. Allerdings bleiben doch sehr viele Patienten trotz spontaner venöser Thromboembolie rezidivfrei, wie die *Austrian Study on Recurrent Venous Thromboembolism* (AUREC, PI Prof. Kyrle) zeigen konnte. Mithilfe sogenannter Vorhersagemodelle, bei denen verschiedene prädiktive Parameter kombiniert werden, können Patienten mit niedrigem Risiko identifiziert werden, bei denen die Antikoagulation doch abgesetzt werden kann. Bei dem von Univ.-

*Quelle: Thromboseforum Wien 2017, 16. September 2017, Wien

Prof. Dr. Eichinger und **Univ.-Prof. Dr. Kyrle**, Wien, entwickelten Modell, dem „Vienna Prediction Model“, werden das Geschlecht des Patienten, die Lokalisation der ersten venösen Thromboembolie und das D-Dimer (ca. 3 Wochen nach Absetzen der Antikoagulation bestimmt) zur Abschätzung des Rezidivrisikos herangezogen. Dieses Modell wird derzeit in einer prospektiven unabhängigen Studie nochmals validiert.

■ Neue Aspekte der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen bei Risikopatienten

Der herzkranke Diabetiker steht derzeit stark im Fokus kardiovaskulärer Prävention. Dies beruht besonders auf den kardiovaskulären Endpunktdaten der Studien mit primär antidiabetischen Substanzen. Als bahnbrechend können hier die Studien mit den SGLT2-Inhibitoren genannt werden. Herr **Univ.-Prof. Dr. Fasching**, Wien, brachte eine umfassende Übersicht über den aktuellen Stand der Therapie. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die bisher verfügbaren Daten zu Empagliflozin zeigen, dass die Substanz protektive Wirkungen in Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen zeigt und auch die Gesamtmortalität senkt. Sie ist auch protektiv in Hinblick auf das Entstehen einer Herzinsuffizienz. Canagliflozin zeigt ebenfalls eine protektive Wirkung für kardiovaskuläre Ereignisse und Herzinsuffizienz. In der CANVAS-Studie fand sich eine erhöhte Rate an Amputationen, deren Ursache derzeit noch unklar ist. Die Endpunktstudien mit Dapa- und Ertugliflozin sind noch im Laufen.

Viele neue Aspekte gibt es auch auf dem Gebiet des Lipidmanagements. Frau **Dr. Rega-Kaun**, Wien, betonte, dass die Senkung des LDL-Cholesterins zu einer drastischen Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse führt. Mittlerweile ist man der Ansicht, dass das LDL-Cholesterin nicht niedrig genug sein kann. Über negative Effekte einer Senkung des LDL-Cholesterins wurde bislang noch nicht berichtet. Bei Patienten mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko sollte es jedenfalls < 70 mg/dl betragen. Besonders wichtig ist jedoch, dass das Ziel eine $\geq 50\%$ LDL-Reduktion ist, wenn der Ausgangs-LDL-Wert zwischen 70 und 135 mg/dl ohne lipidsenkende Therapie beträgt. Diese Ziele waren bislang bei vielen Patienten nur schwer bis gar nicht zu erreichen. Die neuen PCSK9-Hemmer haben sich nun als sehr effektiv und sicher in der LDL-Senkung erwiesen. In der FOURIER-Studie führte Evolocumab bei Patienten zusätzlich zu einer bereits etablierten

lipidsenkenden Therapie zu einer 15%igen Reduktion des kombinierten Endpunkts (kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt, zerebraler Insult, Hospitalisierung wegen instabiler Angina pectoris oder koronare Revaskularisation).

Rezente gelangte auch die inflammatorische Komponente kardiovaskulärer Erkrankungen wieder ins Blickfeld. In der CANTOS-Studie konnte durch die Gabe von Canakinumab der primäre kombinierte Endpunkt (nicht-tödlicher Myokardinfarkt, nicht-tödlicher Schlaganfall und kardiovaskulärer Tod) signifikant gesenkt werden. Eine Senkung der Gesamtmortalität war jedoch nicht zu verzeichnen. Als interessantes sekundäres Ergebnis wurde ein deutlich niedrigeres Karzinomrisiko bei Patienten, die mit Canakinumab behandelt wurden, im Vergleich zur Placebogruppe beobachtet.

■ Praktische Aspekte zur oralen Antikoagulation

Die Veranstaltung wurde durch die Diskussion verschiedenster Aspekte im Umgang mit in erster Linie oralen Antikoagulantien komplettiert. Im Rahmen von Operationen und Interventionen werden die behandelnden Ärzte in der täglichen Praxis beim Einsatz dieser Substanzen immer wieder vor große Herausforderungen gestellt. Herr Prof. Dr. Kyrle wies darauf hin, dass die Überbrückungstherapie mit Heparin mit einem beträchtlichen Blutungsrisiko vergesellschaftet ist. Aus diesem Grund ist „Bridging“ nur bei Hochrisikopatienten (mechanische Herzklappe in Mitralposition, mechanische Aortenklappe mit zusätzlichem Risikofaktor wie z. B. Vorhofflimmern, mechanischer Herzklappenersatz mit Insult, Vorhofflimmern mit hohem CHA₂DS₂-Vasc-Score, venöse Thromboembolie in den zurückliegenden 3 Monaten) indiziert. Bei Patienten mit niedrigem postinvasivem Blutungsrisiko (z. B. Zahnextraktion, kleine dermatologische Eingriffe, Kataraktoperation) soll die Antikoagulantientherapie nicht unterbrochen werden. Patienten, die mit einem direkten oralen Antikoagulans oder mit Acenocoumarol (Sintrom®) behandelt werden, bedürfen wegen der kurzen Halbwertszeit dieser Substanzen keine Überbrückungstherapie.

Korrespondenzadresse:

*Univ. Prof. Dr. Sabine Eichinger
Univ. Klinik für Innere Medizin I
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: sabine.eichinger@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Journal für Kardiologie

Zeitschrift für Gefäßmedizin



Journal für Hypertonie