„Kardiologische Highlights 2019“

Samstag, 7. Dezember 2019
Loisium, Langenlois

Faculty

Prim. Univ. Doz. Dr. Georg Delle-Karth
Abteilung für Kardiologie
SMZ Nord

Prim. Univ.-Prof. Dr. Herbert Frank
Abteilung für Innere Medizin
UK Tulln/LK Klosterneuburg

Univ.-Lekt. OA Dr. Thomas Kircher
Abteilung für Innere Medizin
UK Tulln

Prim. Dr. Christian Schelkshorn
Abteilung für Innere Medizin
LK Stockerau

Univ. Prof. Dr. Herman Toplak
Abteilung für Innere Medizin
Universitätsklinikum Graz

Prim. Univ.-Prof. Dr. Franz Weidinger
Abteilung für Kardiologie
Rudolfstiftung Wien

Programm

Vorsitz: H. Frank, G. Delle-Karth

09:00 - 09:25 H. Frank, Tulln/Klosterneuburg
Die Sensation in der Herzinsuffizienztherapie 2019: Von EVALUATE-HF, PARAGON-HF zu DAPA-HF

09:35 - 10:00 Ch. Schelkshorn, Stockerau
Guidelines 2019: Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen

10:10 - 10:35 Th. Kircher, Tulln
Guidelines 2019: Diagnose und Management der akuten Pulmonalembolie

Pause

11:00 - 11:25 G. Delle-Karth, Wien
Kommt nun nach THEMIS und ISAR 5 das große Umdenken in der P2Y12 Inhibitoren Therapie bei ACS?

11:35 - 12:00 F. Weidinger, Wien
Guidelines 2019: Diagnose und Management des Chronischen Koronarsyndroms

12:10 - 12:35 H. Toplak, Graz
Guidelines 2019: Dyslipidämie Management

Die Sensation in der Herzinsuffizienztherapie 2019: Von EVALUATE-HF, PARAGON-HF zu DAPA-HF

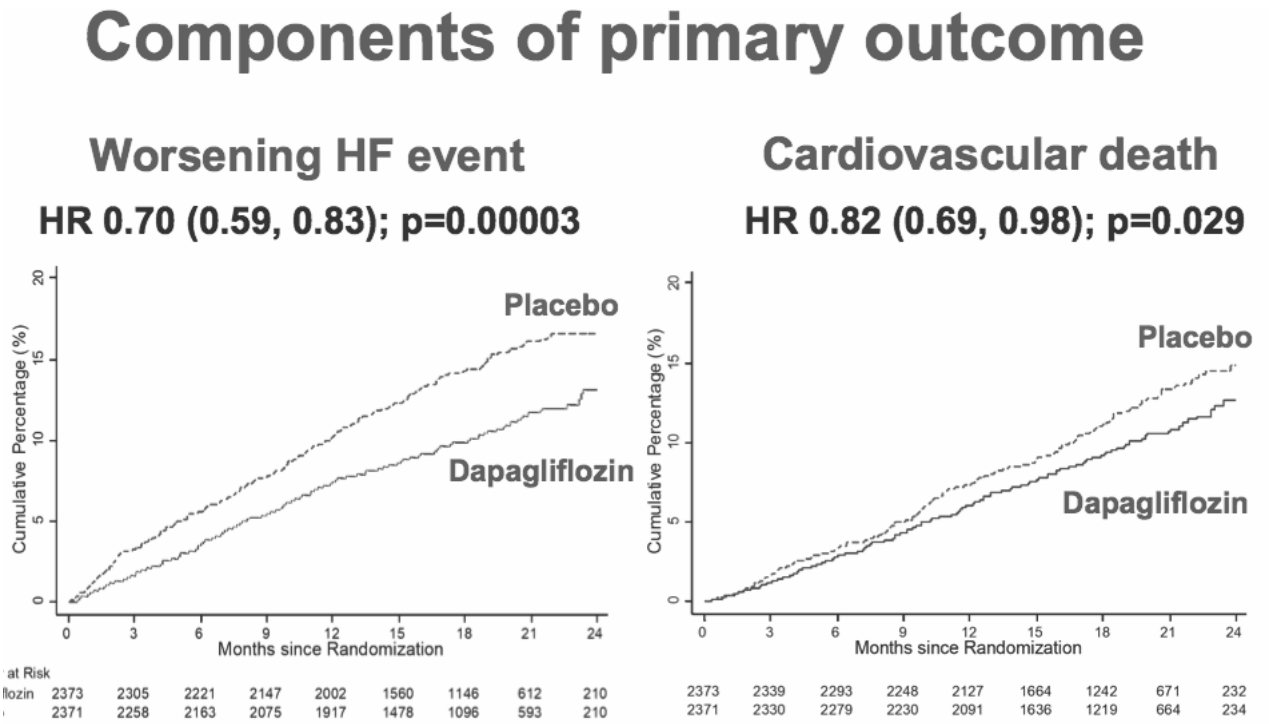
H. Frank, Tulln/Klosterneuburg

Die beiden Studien EVALUATE-HF und PROVE-HF mit dem Angiotensin-Rezeptor Neprilysin-Inhibitor (ARNI) Sacubitril/Valsartan konnten zeigen, dass eine sehr enge Korrelation zwischen der Reduktion des Biomarkers NTproBNP und dem positiven Remodeling im Herzen besteht. Das ist wichtig für das Verständnis der Wirkweise von Sacubitril/Valsartan.

Bereits nach 14 Tagen zeigte sich in der PROVE HF–Studie eine NTproBP-Reduktion unter Sacubitril/Valsartan von 35%, verbunden mit einer signifikanten Reduktion der enddiastolischen und endsystolischen linksventrikulären Volumina und Verbesserung der linksventrikuläre Funktion. Die Studien zeigt sehr deutlich, dass die dritte Säule der Herzinsuffizienz-Therapie, nämlich der Erhalt des natriuretischen Peptids bei Patienten mit HFrEF wesentlich ist, eine frühe Beginn von Sacubitril/Valsartan angestrebt und die Dosis entsprechend auftitriert werden sollte.

In der EVALUATE-HF Studie konnte ebenso gezeigt werden, dass durch Sacubitril/Valsartan ein aktives kardiales Remodeling erzielt werden kann, Ventrikel und Vorhof werden kleiner und die LV Pumpfunktion verbessert sich. Durch Verringerung des pulmonalvenösen Druckes gerät der Patient seltener in eine Linksherzdekompensation. Die bekannten niedrigeren Mortalitäts- und Rehospitalisierungsraten unter Sacubitril/Valsartan können dadurch somit erklärt werden.

In der DAPA-HF Studie wurden mehr als 4000 HFrEF Patienten unabhängig vom Diabetesstatus eingeschlossen. Der primäre Endpunkt war zusammengesetzt aus Verschlechterung der Herzinsuffizienz und CV Tod. Der primäre Endpunkt trat bei 16,3% in der Dapagliflozin Gruppe und in 21,2% in der Placebogruppe ein und zeigte somit bei HFrEF Patienten günstigere Effekte durch den SGLT2 Hemmer Dapagliflozin. Die absolute und relative Risikoreduktion von Tod und HI Rehospitalisation war in allen bedeutenden Subgruppen zu finden, auch bei Patienten ohne Typ II Diabetes. Dapagliflozin eröffnet durch diese Studie somit einen neuen Therapieansatz in der HFrEF Therapie.



Guidelines 2019: Diabetes, Prädiabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen

Ch. Schelkshorn, Stockerau

Die Jahre 2018/2019 waren durch die Publikation der neuen EASD / ADA Therapieleitlinien, der ÖDG Leitlinien und der ESC Leitlinien für Diabetiker in Ihren unterschiedlichen Risikoklassifizierungen geprägt.

Bereits nach Erscheinen der ersten „positiven“ und nicht mehr neutralen CV Endpunktstudie innovativer antidiabetischer Therapiestrategien – EMPA REG mit Empagliflozin - begann ein Paradigmenwechsel und damit eine entscheidende Veränderung in der therapeutischen Sichtweise für unsere Diabetes mellitus Typ 2 PatientINNen. Eine Menge an weiteren Studien folgten und erhärteten diese Richtung, welche letztendlich zu einer Neugestaltung der Guidelines in den oben angeführter Fachgesellschaften führte.

Aufgrund der weiterhin progressiv wachsenden Anzahl der Diabetes Neumanifestationen ist es eine Herausforderung für Gegenwart und Zukunft die Prävention in den Mittelpunkt unseres Handelns zu stellen. Das Diabetes Screening und die Erfassung von Risikogruppen ist ein wichtiger Bestandteil dieses Handelns.

Vor allem renale und kardiovaskuläre Risikopatienten haben in den neuen Leitlinien ein auf sie besonders abgestimmtes und das weitere Risikoprofil verbesserndes therapeutisches Procedere erhalten. Neben der Gewichtsreduktion ist v.a. auch die Verbesserung der Herzinsuffizienz, ausgedrückt durch eine Reduktion der Hospitalisierungsrate wegen HI und letztendlich auch der harten Endpunkte CV TOD verbessert worden. Erstmals gelingt es aktiv mit dem Einsatz von Gliflozinen und GLP1 Agonisten diese Endpunkte positiv zu beeinflussen.

Der Evidenzgrad für diese Optionen ist sehr hoch und es ist unsere Aufgabe in der nächsten Zukunft die Therapie Algorithmen der Leitlinien mit Leben zu füllen und im Alltag umzusetzen. Dafür wird die Schulung unserer PatientINNen eine große Herausforderung, da vor allem bei den SGLT 2 Hemmern - Stichwort „Sick day rules“ – aber auch bei den „first injectables“, den GLP1 Agonisten diese Schulung für die Therapieadhärenz und somit langfristig für den Therapieerfolg entscheidend ist.

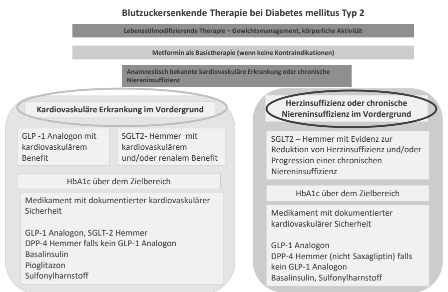
Diagnose Diabetesrisiko/Diabetes

ÖDG Leitlinien 2019

Standarddiagnostik des Diabetes mellitus und des erhöhten Diabetesrisikos

	Manifester DM	Erhöhtes Diabetesrisiko[a]
Nicht nüchtern („random glucose“) venös oder kapillär	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) an 2 Tagen ODER ≥ 200 mg/dl + klassische Symptome[c]	–
Nüchternglukose (venöses Plasma)	≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) an 2 Tagen[b]	≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/l), aber ≤ 125 mg/dl (6,9 mmol/l) (abnorme Nüchternglukose, „impaired fasting glucose“, IFG)
2-h-Glukose nach 75 g oGTT (venöses Plasma)	≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) an 2 Tagen[b]	Glukose ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l), aber ≤ 199 mg/dl (11,0 mmol/l) (gestörte Glukosetoleranz, „impaired glucose tolerance“, IGT)
HbA_{1c}	≥ 6,5 % (48 mmol/mol) an 2 Tagen[b]	≥ 5,7 % (39 mmol/mol), aber ≤ 6,4 % (46 mmol/mol)[d]

Blutzuckersenkende Therapie
bei Diabetes mellitus Typ 2



ÖDG 2019

DIABETES Screening

ÖDG Leitlinien 2019

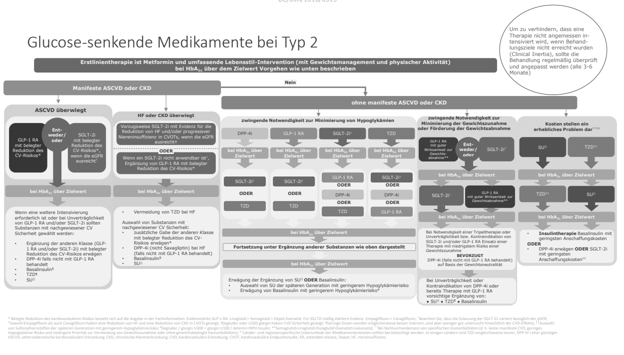
Tab.: Kriterien für Diabetesscreening bei asymptomatischen Erwachsenen

1. Hyperglykämiescreening bei Vorliegen folgender Risikofaktoren:
- BMI ≥ 25 kg/m^2 (bei asiatischer Herkunft 23 kg/m^2)
- positive Familienanamnese bei erstgradigen Verwandten
- Ethnizität mit erhöhtem Diabetesrisiko
- vaskuläre Erkrankungen
- arterielle Hypertonie (≥ 140/90 mmHg oder antihypertensive Therapie)
- HDL-Cholesterin Männer < 35 mg/dl und/oder Triglyzeride > 250 mg/dl
- polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS)
- Hypogonadismus
- körperliche Inaktivität
- Acanthosis nigricans
- nichtalkoholische Fettleber
- chronischer Tabakkonsum

2. Bei bekanntem Prädiabetes: Screening jährlich
3. Bei Zustand nach Gestationsdiabetes: Screening alle 3 Jahre
4. Bei allen anderen Patienten: Screening ab Alter von 45 Jahren
5. Bei unauffälligen Screeningresultaten: weitere Screenings alle 3 Jahre; engmaschige Kontrollen entsprechend Screeningergebnissen und Risikofaktoren planen

DE/DIA/1018/0313

Glucose-senkende Medikamente bei Typ 2

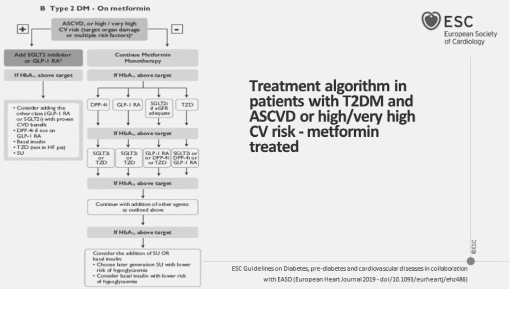


ÖDG Leitlinien 2019

Evidenz zu kardiovaskulärer Sicherheit und Vorteil neuer / alter antidiabetischer Substanzen aus randomisierten, placebokontrollierten Studien

Primärer Endpunkt (CVOT), substanzspezifische Effekte Studienname, Substanz	Prim. Endpunkt	sekundärer Endpunkt * Gesamt-Mortalität	CV-Mortalität	Myokard-Infarkt	Insult	Hosp. wg. Herz-insuffizienz	Renale Endpunkte	Retino-pathie
Savor TIMI, Saxagliptin	= (3-MACE)	=	=	=	=	↑	=	=
Examine; Alogliptin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
TECOS, Sitagliptin	= (4-MACE) **	=	=	=	=	=	=	=
CARMELINA, Linagliptin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
ELIXA, Lixisenatid	= (4-MACE)**	=	=	=	=	=	=	=
EXCSEL, Exenatid	= (3-MACE)	↓	=	=	=	=	=	=
LEADER, Liraglutid	↓ (3-MACE)	↓	↓	=	=	=	↓	=
Sustain-6, Semaglutid	↓ (3-MACE)	=	=	=	↓	=	↓	↑
EMPAREG, Empagliflozin	↓ (3-MACE)	↓	↓	=	=	↓	↓	=
CANVAS, Canagliflozin	↓ (3-MACE)	=	=	=	=	↓	↓	=
DECLARE, Dapagliflozin	↓ (3-MACE neutral / sign. Red. von kardiovaskulärem Tod und HHI)	=	=	=	=	↓	↓	=
UKPDS, Metformin Studie Follow Up	↓ (MI und Gesamtsterblichkeit + ADRE)	↓	=	↓	=	=	=	=
PROACTIVE, Pioglitazon	↓ (sek. Endpkt.: 3-MACE)	=	=	↓	↓	↑	=	↓
ORIGIN, Glargin	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
DEVOTE, Degludec	= (3-MACE)	=	=	=	=	=	=	=
Auf Glukosesenkung ausgelegte Studie								
UKPDS, Intensive glucemic contr. 1998-2009, Follow up	↓ (MI und Gesamtsterblichkeit + ADRE)	↓	=	↓	=	=	↓	↓

ESC Guidlines 2019



Guidelines 2019: Diagnose und Management der akuten Pulmonalembolie

Th. Kircher, Tulln

2.2.3 Main new recommendations 2019

Diagnosis	
A D-dimer test, using an age-adjusted cut-off or adapted to clinical probability, should be considered as an alternative to the fixed cut-off level.	IIa
If a positive proximal CUS is used to confirm PE, risk assessment should be considered to guide management.	IIa
V/Q SPECT may be considered for PE diagnosis.	IIb
Risk assessment	
Assessment of the RV by imaging or laboratory biomarkers should be considered, even in the presence of a low PESI or a sPESI of 0.	IIa
Validated scores combining clinical, imaging, and laboratory prognostic factors may be considered to further stratify PE severity.	IIb
Treatment in the acute phase	
When oral anticoagulation is initiated in a patient with PE who is eligible for a NOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban), a NOAC is the recommended form of anticoagulant treatment.	I
Set-up of multidisciplinary teams for management of high-risk and selected cases of intermediate-risk PE should be considered, depending on the resources and expertise available in each hospital.	IIa
ECMO may be considered, in combination with surgical embolectomy or catheter-directed treatment, in refractory circulatory collapse or cardiac arrest.	IIb
Chronic treatment and prevention of recurrence	
Indefinite treatment with a VKA is recommended for patients with antiphospholipid antibody syndrome.	I
Extended anticoagulation should be considered for patients with no identifiable risk factor for the index PE event.	IIa
Extended anticoagulation should be considered for patients with a persistent risk factor other than antiphospholipid antibody syndrome.	IIa
Extended anticoagulation should be considered for patients with a minor transient/reversible risk factor for the index PE event.	IIa
A reduced dose of apixaban or rivaroxaban should be considered after the first 6 months.	IIa
PE in cancer	
Edoxaban or rivaroxaban should be considered as an alternative to LMWH, with the exception of patients with gastrointestinal cancer.	IIa
PE in pregnancy	
Amniotic fluid embolism should be considered in a pregnant or post-partum woman, with unexplained haemodynamic instability or respiratory deterioration, and disseminated intravascular coagulation.	IIa
Thrombolysis or surgical embolectomy should be considered for pregnant women with high-risk PE.	IIa
NOACs are not recommended during pregnancy or lactation.	III
Post-PE care and long-term sequelae	
Routine clinical evaluation is recommended 3–6 months after acute PE.	I
An integrated model of care is recommended after acute PE to ensure optimal transition from hospital to ambulatory care.	I
It is recommended that symptomatic patients with mismatched perfusion defects on a V/Q scan >3 months after acute PE are referred to a pulmonary hypertension/CTEPH expert centre, taking into account the results of echocardiography, natriuretic peptide, and/or cardiopulmonary exercise testing.	I

Continued

© ESC 2019

CPET = cardiopulmonary exercise testing; CTEPH = Chronic thromboembolic pulmonary hypertension; CUS = compression ultrasonography; ECMO = extracorporeal membrane oxygenation; LMWH = low-molecular weight heparin; NOAC(s) = non-vitamin K antagonist oral anticoagulant(s); PE = pulmonary embolism; PESI = Pulmonary Embolism Severity Index; RV = right ventricular; SPECT = single-photon emission computed tomography; sPESI = simplified Pulmonary Embolism Severity Index; VKA(s) = vitamin K antagonist(s); V/Q = ventilation/perfusion (lung scintigraphy).
Coloured columns indicate classes of recommendation (see *Table 1* for colour coding).

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2019) **00**, 1–61
doi:10.1093/eurheartj/ehz405
ESC GUIDELINES

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)

Kommt nun nach THEMIS und ISAR 5 das große Umdenken in der P2Y12 Inhibitoren Therapie bei ACS?

G. Delle-Karth, Wien

bei Drucklegung nicht eingelangt

Guidlines 2019: Diagnose und Management des Chronischen Koronarsyndroms

F. Weidinger, Wien

bei Drucklegung nicht eingelangt

Guidelines 2019: Dyslipidämie Management

H. Toplak, Graz

bei Drucklegung nicht eingelangt

Sponsoren

Amgen, Astra Zeneca, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Daiichi-Sankyo, Gerot, Medtronik, MSD, Novartis

Druck: facultas