

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anlässlich der Herzwoche nun der 3. Newsletter aus unserer Praxis, bei dem wir aktuelle Entwicklungen aufgreifen wollen und Sie über unsere Standards informieren möchten.

1. Mit der schwierigen Einführung der PCSK-9- AK- Therapie werden bei mehr Patienten nochmals stringenter die Optionen der Statintherapie geprüft. Die AHA weist in einem Statement vom 17.10.16 in Circulation auf die bislang unterschätzten Arzneimittelinteraktionen der Statine hin. Die meisten kennen wir, aber wohl nicht deren Ausmaß. Es gibt zwei Hauptmechanismen: über CYP P-450- System und über den intestinalen P- Glycoprotein-Transporter. Als Beispiele: Conivaptan kann in Kombination mit Lovastatin oder Simvastatin schwere Muskelschäden auslösen, sollte also streng vermieden werden. Multaq® (Dronedaron) erhöht den Statinspiegel um Faktor 4, Maximaldosis für Lovastatin und Simvastatin 10 mg. Bei Amiodaron sollte eine Maximaldosis von 40 mg Lovastatin bzw. 20 mg Simvastatin eingehalten werden. Bei Digoxin-Therapie sollte besser Atorvastatin eingesetzt werden. Unter Amlodipin Maximaldosis von Lovastatin und Simvastatin von 20 mg. Bei Patienten mit Immunsuppressiva (Cyclosporin, Everolimus, Sirolimus) ist bei allen Statinen Vorsicht geboten: max. 10 mg Atorvastatin, 40 mg Fluvastatin bzw. Pravastatin. Eine Kombination mit Fibraten und Statin ist Fenofibrat einer Behandlung mit Gemfibrozil vorzuziehen. Wenn Gemfibrozil, dann Kombination mit Atorvastatin oder Rosuvastatin in geringer Dosis. Besonders geeignet für Kombinationen ist Fluvastatin.
Also: vor Neuverordnung Statin Durchforstung des Medikamentenplans!
2. Die Anzahl der Patienten mit Aortenklappenersatz mittels TAVI- Prozedur nehmen stetig zu. Postinterventionell wird eine duale plättchenhemmende Therapie (DAPT) mit ASS 100 mg und Clopidogrel 75 mg für 6 Monate, im Anschluß eine Therapie mit ASS 100 mg empfohlen. Das warf für uns nochmals die Frage auf, wie das beim operativen AKE mittels Bioprothese zu handhaben ist. Da hat sich in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen: nachdem früher für 3 Monate eine orale Antikoagulation - meist mit Marcumar® - erfolgte, dann mit ASS 100 mg weiter behandelt wurde, gab es dann vor etwa 10 Jahren die Empfehlung, bei Patienten ohne weitere Risikofaktoren (z.B. Vorhofflimmern) postoperativ ASS 100 mg zu geben. In den ESC-Guidelines von 2012 wird dann nur für die ersten 3 Monate ASS 100 mg empfohlen, keine Aussage zur Weitertherapie. Neue Studien gibt es nicht. Die Amerikaner (ACCP, ACC/AHA) folgen dieser Strategie nicht. Dort wird in den Guidelines 2014 und einer Stellungnahme 2015 eine Weiterbehandlung mit ASS 100 mg auch nach 3 Monaten empfohlen. Was machen wir? Bei Patienten, die keine weiteren Risiken mitbringen bzgl. KHK, keine Koronararteriosklerose, Carotissklerose, pAVK...aber ein erhöhtes Blutungsrisiko haben oder unter ASS geblutet haben, kann nach 3 Monaten nach den aktuellen europäischen Guidelines ASS abgesetzt werden. Allen anderen geben wir ASS 100 mg weiter.
3. Wir möchten Ihnen ab 2017 einen neuen kollegialen Service anbieten: ein kardiovaskuläres Kolloquium. Sie bringen Ihre Fragen und Unterlagen respektive Befunde zu kniffligen Fällen, Zweitmeinungen, Verläufen, Anfragen zu OP- Entscheidungen, zu Renten- oder Begutachtungsfragen mit und wir besprechen das miteinander. Wir können uns vorstellen, im Januar zu starten, alle 4 Wochen einen Termin am letzten Mittwoch im Monat, 17:00-18:00 Uhr bei uns. Anmeldung über Mail an info@kardiologie-hochrhein.de, lediglich Mitteilung: Ich habe einen Kolloquiumsfall. Wir bestätigen zurück. Kaffee oder Tee gibt es gratis. Ein Einverständnis Ihrer Patienten setzen wir voraus.
4. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme am Vortrag von Prof. Neumann am 23.11.16 zum Thema „Interventionelle Klappentherapie“.

Beste Grüße, Ihre K. Harre, T. Layher und L. Sinn

7.11.2016

Anhang

Literatur:

1. Wiggins BS et al. Recommendations for Management of Clinically Significant Drug-Drug Interactions with Statins and Select Agents Used in Patients With Cardiovascular Disease – A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation 2016; 134. Doi: 10.1161/CIR.0000000000000456
2. <http://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2015/05/18/09/58/anticoagulation-for-valvular-heart-disease>
3. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary, A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109714012807>
4. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012), The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal (2012) 33, 2451–2496 doi:10.1093/eurheartj/ehs109

Indications for antithrombotic therapy after valvular surgery

	Class	Level
Oral anticoagulation is recommended lifelong for all patients with a mechanical prosthesis.	I	B
Oral anticoagulation is recommended lifelong for patients with bioprostheses who have other indications for anticoagulation.	I	C
The addition of low-dose aspirin should be considered in patients with a mechanical prosthesis and concomitant atherosclerotic disease.	IIa	C
The addition of low-dose aspirin should be considered in patients with a mechanical prosthesis after thromboembolism despite adequate INR.	IIa	C
Oral anticoagulation should be considered for the first 3 months after implantation of a mitral or tricuspid bioprosthesis.	IIa	C
Oral anticoagulation should be considered for the first 3 months after mitral valve repair.	IIa	C
Low-dose aspirin should be considered for the first 3 months after implantation of an aortic bioprosthesis.	IIa	C
Oral anticoagulation may be considered for the first 3 months after implantation of an aortic bioprosthesis.	IIb	C

www.escardio.org/guidelines

European Heart Journal 2012 - doi:10.1093/eurheartj/ehs109 &
European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2012 -
doi:10.1093/ejcts/ezs466.



From: 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

J Am Coll Cardiol. 2014;63(22):2438-2488. doi:10.1016/j.jacc.2014.02.537

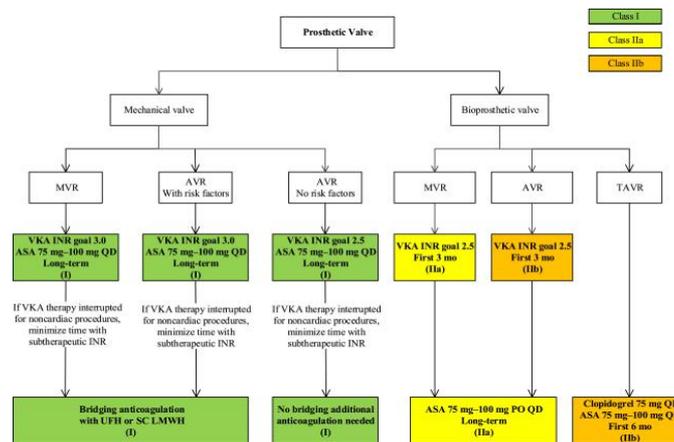


Figure Legend:

Anticoagulation for Prosthetic Valves

Risk factors include AF, previous thromboembolism, LV dysfunction, hypercoagulable condition, and older-generation mechanical AVR.

AF indicates atrial fibrillation; ASA, aspirin; AVR, aortic valve replacement; INR, international normalized ratio; LMWH, low-molecular-weight heparin; MVR, mitral valve replacement; PO, by mouth; QD, every day; SC, subcutaneous; TAVR, transcatheter aortic valve replacement; UFH, unfractionated heparin; and VKA, vitamin K antagonist.