

ESC Highlights 2020

Clemens Steinwender

Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin

IMPACT-AFib

Fragestellung:

Bringt eine frühe Patienten-Aufforderung, eine OAK bei AF zu beginnen, eine Reduktion des Insultrisikos (schriftliche Aufforderung vs. Routine-Arztkontakt)?

Patienten:

2 Arztkontakte wegen AF, >30a, CHA₂DS₂ ≥2, keine Blutungsanamnese, keine OAK

Randomisierte Gruppen:

23.546 Pat. mit früher Aufforderung zur Insult-, Sturz-, und Blutungsprävention

23.787 Pat. mit später (12 Monate) Information an den Hausarzt, eine Th. zu beginnen

IMPACT-AFib

Primäre / sekundäre Outcomes:

OAK nach einem Jahr / Tage unter OAK / Mortalität / Insulte / Blutungen

Ergebnisse:

Keine signifikanten Unterschiede in den klinischen Outcome-Parametern (lediglich kurz nach Aussendung der Aufforderung waren mehr Pat. der „frühen“ Gruppe unter OAK)

Schlussfolgerung:

Eine einzelne schriftliche Aufklärung über AF und dessen Behandlungsnotwendigkeit (OAK) war nicht erfolgreich in Hinblick auf besseren klinischen Outcome.

EAST-AFNET 4

Fragestellung:

Bewirkt eine früh nach der AF-Diagnose begonnene rhythmuserhaltende Therapie eine Reduktion von kardiovaskulären Komplikationen?

Patienten (n=2789):

Mit „frühem“ AF (<1a nach der ersten AF-Diagnose)

Randomisierte Gruppen:

„Frühe Rhythmusbehandlung“: AAX oder Katheterablation

„Übliche Behandlung“: Frequenzregulation und Rhythmuserhalt nur bei Symptomen

EAST-AFNET 4

Primäre / sekundäre Outcomes:

Major adverse cardiovascular events / Hospitalisierungen / Proarrhythmien etc.

Ergebnisse:

Randomisierung durchschnittlich 36 d nach AF-Diagnose

95% der Pat. in der Rhythmusgruppe erhielten entsprechende Therapie

Nach 2 Jahren: SR „früh“: 82%, SR in „üblich“: 61%

Nach 5 Jahren: Klinische Outcome-Parameter „früh“ : 249 Pat. „üblich“ 316 Pat. (RRR: 20%)

Schlussfolgerung:

Der „frühe Rhythmusserhalt“ reduziert bei Patienten mit neu diagnostiziertem AF kardiovaskuläre Komplikationen und Hospitalisierungen

AF-Guidelines (1)

- Die AF-Diagnose muss per **konventionellem 12-Kanal-EKG oder Rhythmusstreifen** gestellt werden: **Dauer \geq 30 Sekunden (Sonderform: AHRE $>$ 24 Stunden)**
- AF-Management nur aufgrund einer Diagnostik mittels „**wearables**“ ist schlecht definiert – es wird daher **derzeit nur ein additiver Nutzen** dieser Technik gesehen
- Der **CHA₂DS₂-VASc Score** ist der **1. Schritt des Embolie-Risikomanagements**
- Das **Embolie-Risikomanagement** besteht hauptsächlich aus einer **NOAK-Therapie**
- **Blutungs-Scores** wie **HAS-BLED** fließen in das Patienten-Management ein

AF-Guidelines (2)

- Die **Frequenzkontrolle** ist ein integraler Bestandteil des AF-Managements und **oft ausreichend**, um **AF-bedingte Symptome zu verbessern**
- Die **Rhythmuskontrolle** mittels Kardioversion, Antiarrhythmika-Therapie und/oder Katheterablation hat als primäres Ziel die **Verbesserung von AF-Symptomen & QoL**
- Eine **Langzeit-Antiarrhythmikatherapie** soll erst nach sorgfältiger Abwägung von **Symptomatik, Nebenwirkungen und Patientenpräferenz** eingeleitet werden.

AF-Guidelines (3)

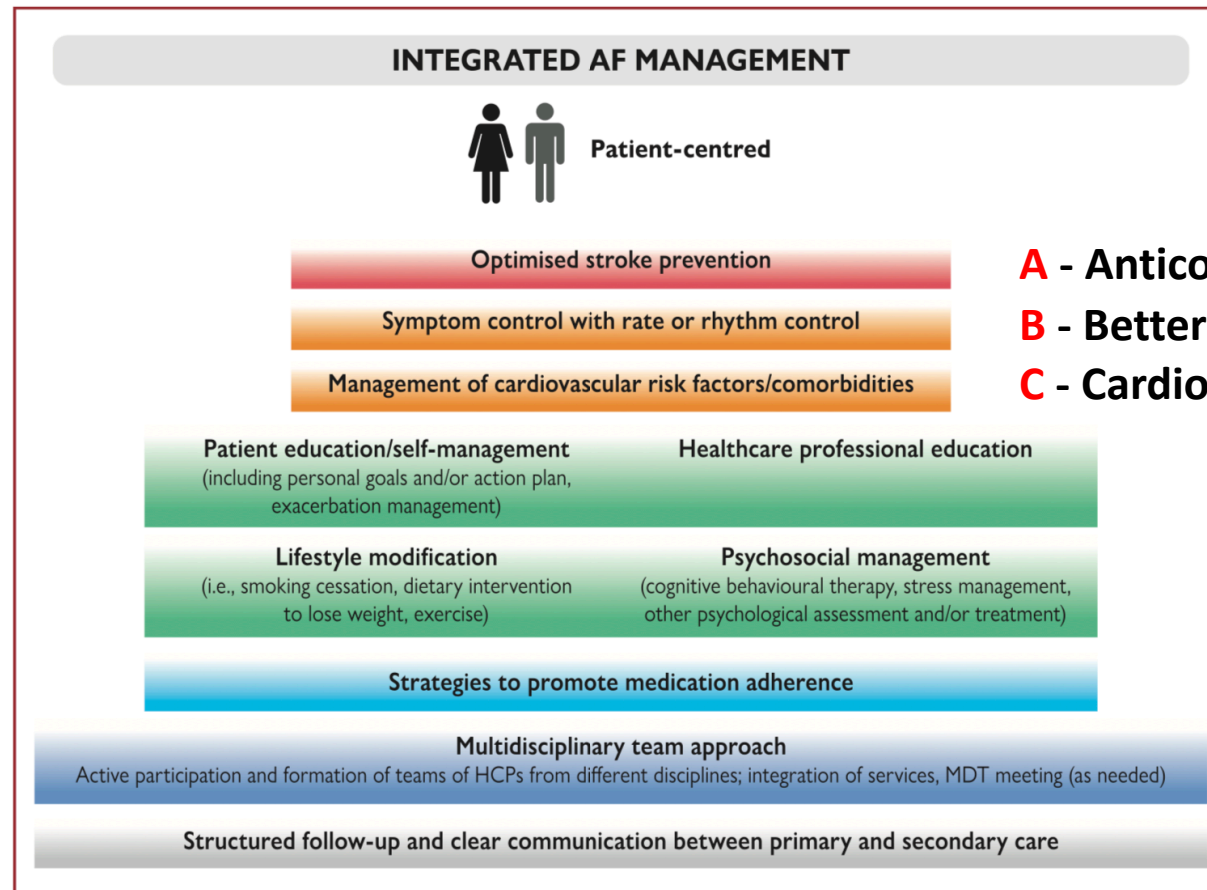
- Die **Katheterablation** ist eine etablierte Behandlungs-Methode zur Verhinderung von AF-Rezidiven
- Sie ist **in erfahrenen Händen sicher** und der Antiarrhythmika-Therapie überlegen
- Sie reduziert bei Patienten mit normaler EF nicht die Mortalitäts- und Insultrate
- Sie erhöht die EF bei den meisten Patienten mit Tachykardie-Kardiomyopathie

AF-Guidelines (4)

- **Ein ganzheitliches („holistic“)** Management von AF-Patienten wird angestrebt
- **Risikofaktoren für AF-Rezidive** (z.B. VH-Größe) sollen erfasst/behandelt werden
- **Gewichtsabnahme** ist ein kritischer Faktor für den Erfolg einer Rhythmuskontrolle
- Auch bei **ACS bei AF-Patienten** sollte eine **frühe duale antithrombotische Therapie** angestrebt werden

AF-Guidelines: Atrial fibrillation Better Care

Ein ganzheitliches & integriertes Management von AF-Patienten wird angestrebt



A - Anticoagulation / Avoid stroke
B - Better symptom control
C - Cardiovascular risk factors

PRAETORIAN Trial

Fragestellung:

Ist der S-ICD ebenso effektiv & sicher wie transvenöse ICDs in der SCD-Prävention?

Patienten:

Klasse I oder IIa-Indikation für eine ICD-Therapie

Mittleres Alter: 63a, mittlere EF: 30%, ischäm. CMP: 69%

Follow-up: 4 Jahre

Randomisierte Gruppen:

426 Pat. mit S-ICD

423 Pat. mit TV-ICD

PRAETORIAN Trial

Outcomes:

Primary endpoint: Major ICD- related adverse events and inappropriate shocks

Ergebnisse:

Primary endpoint: S-ICD: 15.1%, TV-ICD: 15.7% (p=sign. for non-inferiority)

Inappropriate shocks: S-ICD: 9.7%, TV-ICD: 7.3% (p=0.14)

ICD-related complications: S-ICD: 5.9%, TV-ICD: 9.8% (p=0.11)

Mortalität: S-ICD vs. TV-ICD: n.s.

Schlussfolgerung:

S-ICD ist non-inferior zu TV-ICDs. S-ICD ist guter Kandidat für Pat. ohne Pacing-Indikation