

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie Herztage 2023

 **SummedUp**
das Minuten Update

05.-07.10.2023 Bonn



146 Sessions in 11 Sälen und 2 Science Boxes

Prof. Frank R. Heinzel

2. Medizinische Klinik – Herz-Kreislaufmedizin
Städtisches Klinikum Dresden

Pro/Con: Bei funktioneller MI und VHF immer erst VHF abladieren ?

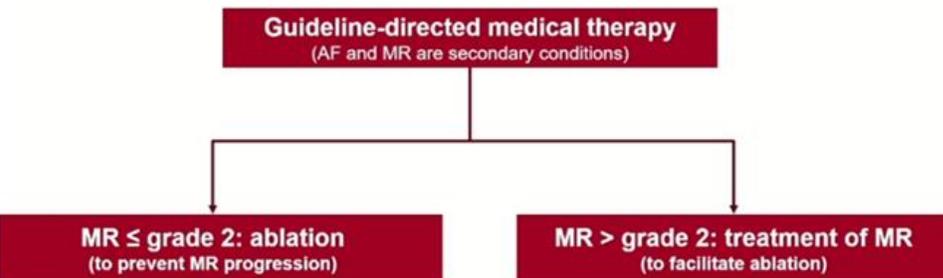
- Vorhofflimmern ist der Haupttreiber der funktionellen MI, und funktionelle MI wird bei anhaltendem Vorhofflimmern systematisch überschätzt.
- Eine VHF-Ablation mit Wiederherstellung des Sinusrhythmus führt zu reverse Remodeling des linken Vorhofs und des linken Ventrikels bei HFrEF und HFpEF → (kurative) Reduktion der MR durch (ablationsgeförderten) Sinusrhythmus.
- Die VHF-Ablation bei funktionellen MR-Patienten ist mit einer hohen Erfolgsquote und einer geringen Komplikationsrate verbunden.
- Die VHF-Ablation bei funktioneller MR verbessert das kardiovaskuläre Risiko, indem sie die Herzinsuffizienz positiv beeinflusst (HFrEF- und HFpEF).



PRO
Prof. Isabel Deisenhofer
Deutsches Herzzentrum München



CON
Prof. Volker Rudolph
HZD NRW Bad Oeynhausen



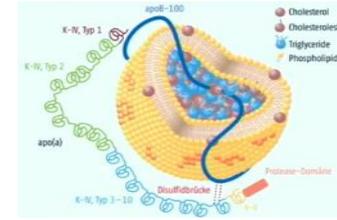
CENTRAL ILLUSTRATION: Secondary Mitral Regurgitation Versus Atrial Functional Mitral Regurgitation

Secondary Mitral Regurgitation	Atrial Functional Mitral Regurgitation
Etiology and Prevalence <ul style="list-style-type: none"> • 11%-59% post myocardial infarction • >50% in dilated cardiomyopathy 	<ul style="list-style-type: none"> • 6%-7% in lone AF • Up to 53% in HFpEF
Diagnosis <ul style="list-style-type: none"> • Systolic LV dysfunction • Restricted leaflet motion and tethering • Eccentric jet > central jet • Relative LA dilation 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal systolic LV function • Normal leaflet motion • Central jet • Severe LA dilation
Management <ul style="list-style-type: none"> • Optimal HF therapy • Cardiac resynchronization therapy • Revascularization • MitraClip 	<ul style="list-style-type: none"> • Address AF/HFpEF risk factors and lifestyle • HF therapy, diuretics as indicated • Early sinus restoration strategy • ?Intervention, annuloplasty, MitraClip

Stellenwert Lp(a)



Prof. Landmesser, DHZC

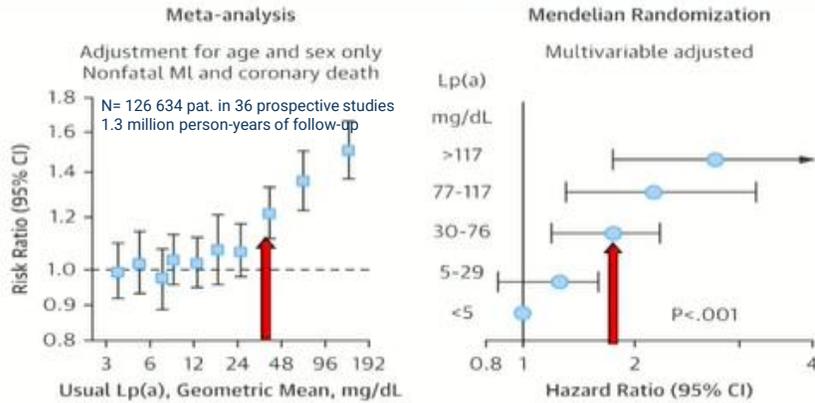


Lp(a)



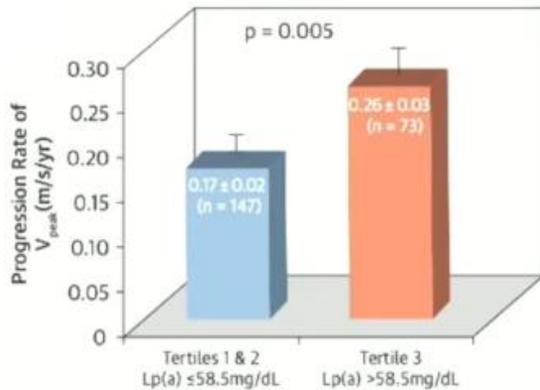
Prof. März, Mannheim

FIGURE 4 Evidence Base for Lp(a) as an Independent, Causal, Genetic Risk Factor for CVD



Tsimikas S. J Am Coll Cardiol. 2017; 69(6):692-711

FIGURE 1 Calcific Aortic Valve Stenosis Progression Rate According



Capoulade R et al. & Tsimikas S. JACC 2015; 66(11):1236-1246)

Pro/Con: Ist Lp(a) atherogener/pathogener als LDL-Cholesterin ?

ESC European Society of Cardiology European Heart Journal (2022) 0, 1–22
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac361>

SPECIAL ARTICLE
Miscellaneous

Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement

2022 EAS Consensus on Lp(a)

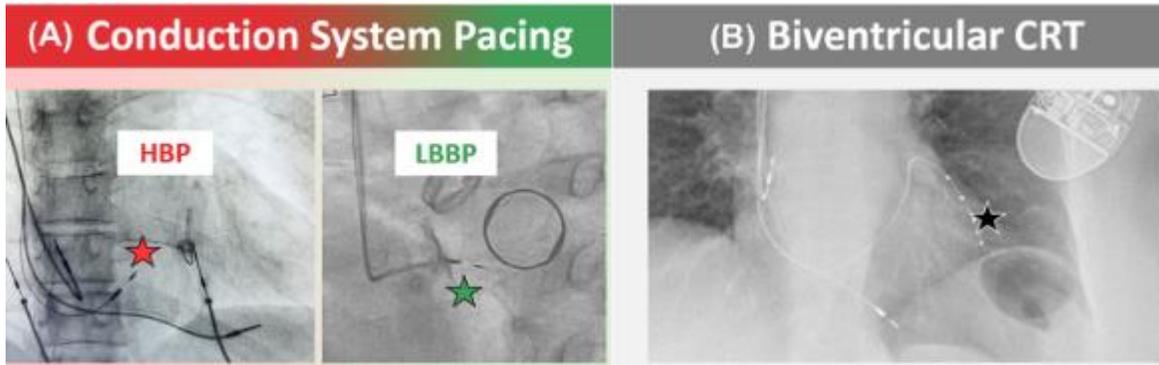
EAS

- Lp(a) should be measured at least once in adults
- Interpretation of Lp(a) concentration in the context of absolute global CVD risk
- Intensified risk factor management by lifestyle modification and medications
- Specific Lp(a)-lowering therapies in phase II/III trials

Kronenberg F et al.; Eur Heart J. 2022 Aug 29 (Online ahead of print)

Herzinsuffizienz-Therapie durch Resynchronisation

Physiologisches Pacing (CSP) vs. biventrikuläre Stimulation (BiV)



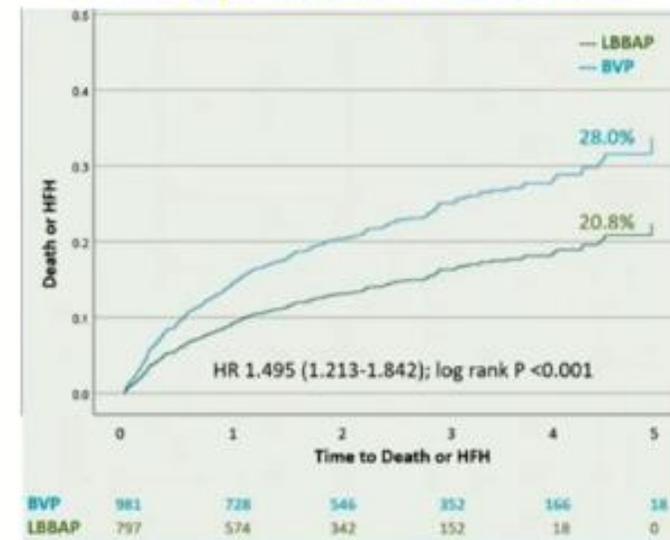
LBBP vs. BiV Pacing bei CRT Kandidaten

- 1,778 Ptn. mit Indikation zur CRT: LBBAP (797) or BiV (981) (nicht-randomisiert)
- LBBAP Gruppe: ↓ 33% für primären outcome (HFH and Tod), ↓ Reizschwelle
↓ Komplikationen (3.8 vs, 7.5%), ↓ QRS Dauer (128 vs 144 ms), ↑ LV EF (+13 vs +10%)

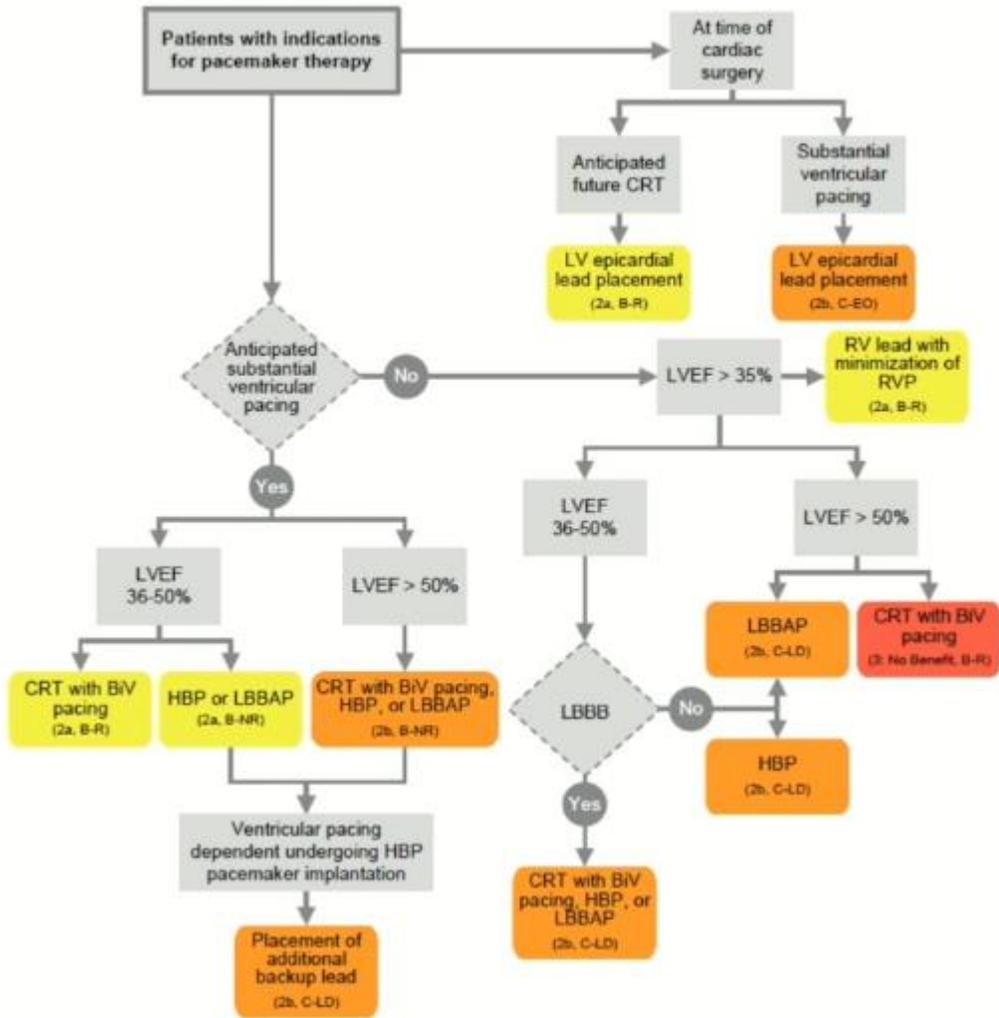
Empfehlungen zum Einsatz der His-Bündel-Stimulation		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten, die mit HBP behandelt werden, wird eine auf die spezifischen Anforderungen von HBP zugeschnittene Aggregatprogrammierung empfohlen.	I	C
Bei CRT-Kandidaten, bei denen die Implantation einer Koronarsinus-Elektrode erfolglos ist, sollte HBP als Behandlungsoption zusammen mit anderen Techniken wie der chirurgisch applizierten epikardialen Elektrode erwogen werden.	IIa	B
Bei Patienten, die mit HBP behandelt werden, sollte die Implantation einer RV-Elektrode als „Backup“ für die Stimulation in bestimmten Situationen (z. B. bei Schrittmacherabhängigkeit, hochgradigem AV-Block, infranodalem Block, hoher Reizschwelle, geplanter AVJ-Ablation) oder für das Sensing bei Detektionsproblemen (z.B. Risiko von ventrikulärem Undersensing oder Oversensing von Vorhof- oder His-Potenzialen) erwogen werden.	IIa	C
HBP mit einer ventrikulären Backup-Elektrode kann bei Patienten erwogen werden, bei denen eine „Pace-and-ablate“-Strategie schnell übergeleiteter Arrhythmien indiziert ist, insbesondere wenn der intrinsische QRS schmal ist.	IIb	C
HBP kann als Alternative zur RV-Stimulation bei Patienten mit AV-Block und LVEF >40% erwogen werden, bei denen ventrikuläre Stimulation von >20% zu erwarten ist.	IIb	C

ESC Leitlinien
Cardiac Pacing 2021

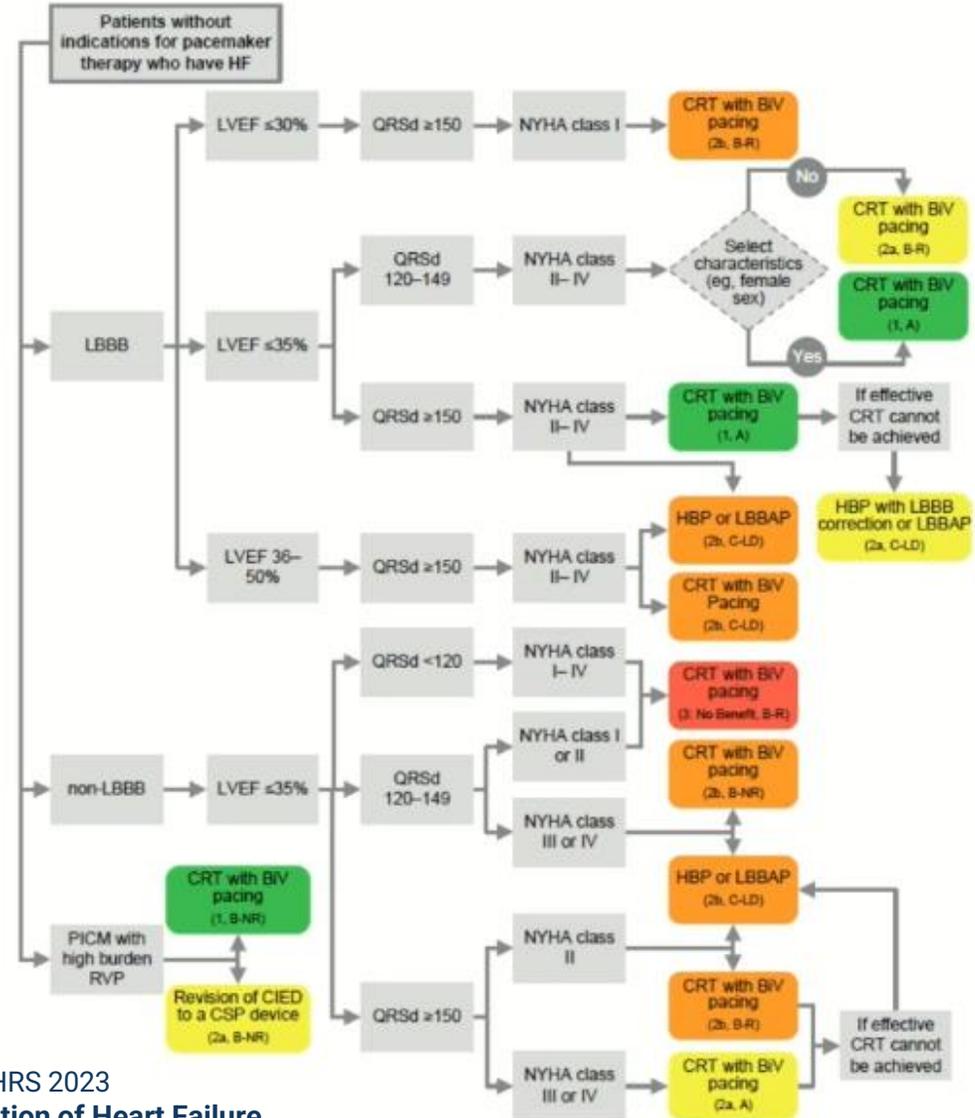
HF hospitalization and death



Bradykardie



Herzinsuffizienz



Herzinsuffizienz-Therapie durch Resynchronisation **Physiologisches Pacing (CSP) vs. biventrikuläre Stimulation (BiV)**

- Bei Bradykardie ist die SM-Indikation immer in Zusammenhang mit dem Stimulationsanteil und der LVEF zu betrachten
- Die biventrikuläre Stimulation ist aufgrund der aktuellen Studienlage weiterhin die Domäne für die kardiale Resynchronisation bei Herzinsuffizienz als Grund der SM-Implantation
- Bei Bradykardie als Grund der SM-Implantation kann primär die CSP vorgenommen werden (HRS: IIa und IIb)
- Studienergebnisse zeigen Vorteile der LBBP im Vergleich zur BiV Stimulation über den Coronarsinus



Christian Weiß

Mavacamten bei Hypertropher Obstruktiver Kardiomyopathie

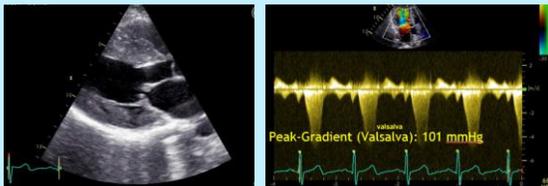
Prävalenz : 200 Fälle/100.000 Einwohner
 obstruktive Form (HOCM): ca. 70%
 nicht-obstruktive Form (HNCM): ca. 30%



Klinik

- Müdigkeit
- flatterhaftes oder pochendes Gefühl in der Brust
- Herzgeräusche
- Arrhythmien
- Angina pectoris
- Schwindel, Dyspnoe
- Ödeme

-> hyperkontraktiler LV
 -> LVOT-Obstruktion



Peak-Gradient (Valsalva): 101 mmHg

Phase 3 Studien

Obstruktive HCM



EXPLORER-HCM

Olivotto I, et al. Lancet 2020



Valor HCM

Desai MY et al. JACC 2022

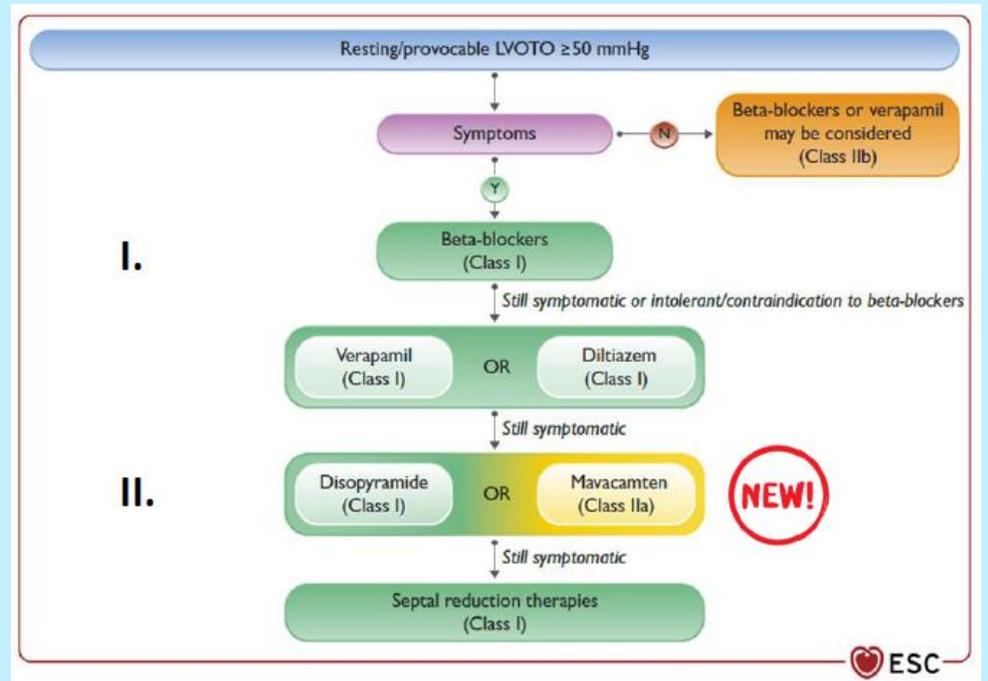
Symptomatik und Leistungsfähigkeit

↑NYHA-Klasse
 ↑pVO₂
 ↑QoL (KCCQ, HCMSQ)
 ↓LVOTO
 ↓LAVI, ↓LVMI
 ↓E/e'
 ↓ NT-proBNP & ↓ hsTnI
 reduzierter Bedarf für SRT-Interventionen

Mavacamten
 bei symptomatischer HOCM
 EMA-Zulassung Juni 2023

ESC 2023 Kardiomyopathie-Leitlinien

Obstruktive HCM



Städtisches Klinikum Dresden

2. Medizinische Klinik – Herz-Kreislaufmedizin



Prof. Frank R. Heinzel
frank.heinzel@klinikum-dresden.de