

20. Birsecker HerzFortbildung Arlesheim

28.April 2022



Olivier Friesewinkel





Vorhofflimmern

73-jähriger Mann

Chronische Niereninsuffizienz

- seit 1 Jahr Hämodialyse

Hypertensive Kardiopathie, LVEF 60%

Cv-RF: Art.Hypertonie, Hypercholesterinämie





Während der Dialyse asymptotische Tachykardie





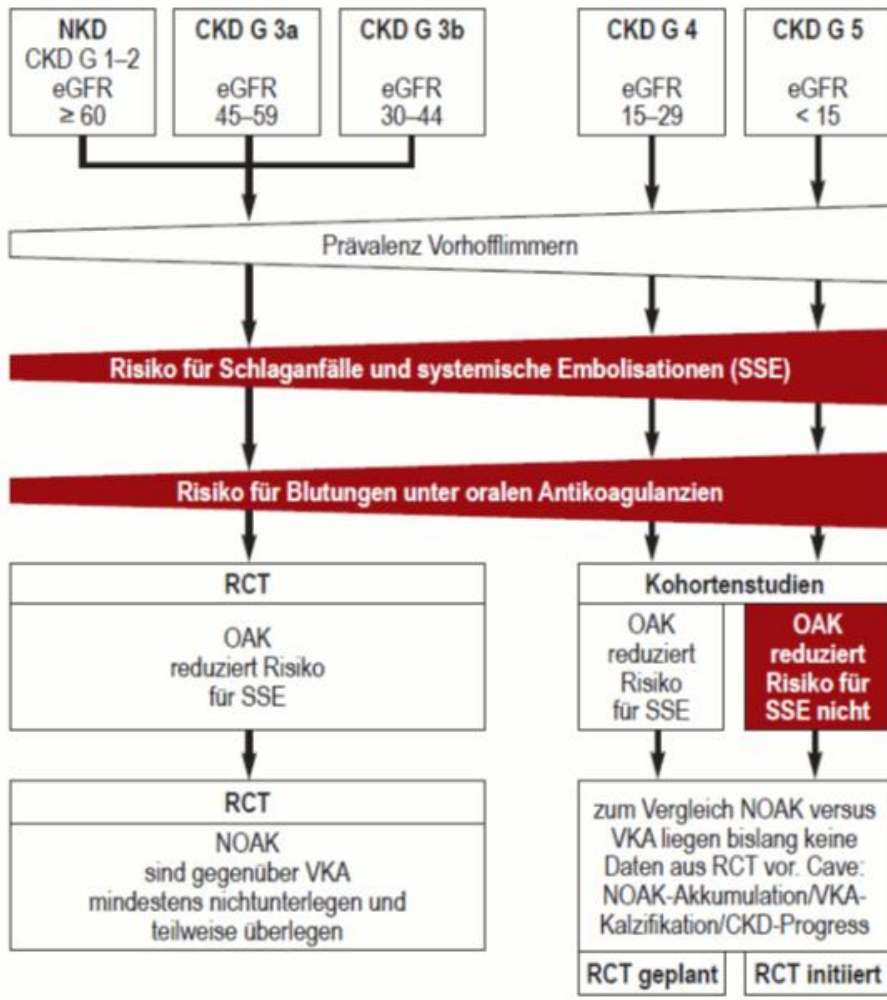
**Vorhofflattern mit 2:1- Überleitung bei
dialysepflichtigen Patienten mit einem CHADS-
VASC-Score von 2 Punkten**

OAK bei Dialysepatient ???





OAK bei Dialysepatienten: Das grosse Dilemma

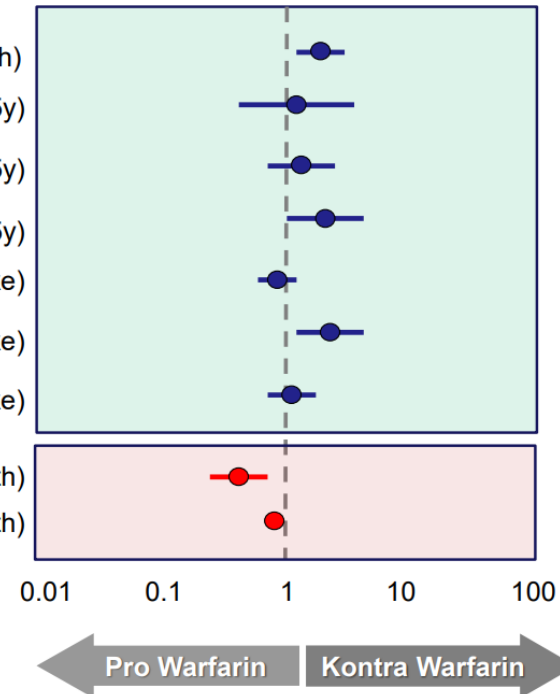


Warfarin-Therapie vs. Risiko von Apoplex / Tod in Dialysepatienten mit Vorhofflimmern

Dialysepatienten

„Renal replacement therapy“

- Chan 2009 (stroke/death)
- Wizeman 2010 (stroke/death <65y)
- Wizeman 2010 (stroke/death 65-75y)
- Wizeman 2010 (stroke/death >75y)
- Winkelmayer 2011 (ischemic stroke)
- Winkelmayer 2011 (hemorrhagic stroke)
- Shah 2014 (ischemic stroke)
- Olesen 2012 (stroke/death)
- Bonde 2015 (death)



Pro Warfarin

Kontra Warfarin



6
(4,1 - 8,9)

8
(5,1 - 8,9)

31

„Time-in-therapeutic range“ für NOAKs
bei fortgeschrittener CKD weitgehend unbekannt

Apixaban Pharmacokinetics at Steady State in Hemodialysis Patients

Thomas A. Mavrakanas,^{*†} Caroline F. Samer,[‡] Sharon J. Nessim,^{*} Gershon Frisch,^{*} and Mark L. Lipman^{*}

^{*}Division of Nephrology, Jewish General Hospital, McGill University, Montreal, Quebec, Canada; and [†]Division of General Internal Medicine and [‡]Department of Clinical Pharmacology and Toxicology, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

ABSTRACT

It is unclear whether warfarin is protective or harmful in patients with ESRD and atrial fibrillation. This state of equipoise raises the question of whether alternative anticoagulants may have a therapeutic role. We aimed to determine apixaban pharmacokinetics at steady state in patients on hemodialysis. Seven patients received apixaban 2.5 mg twice daily for 8 days. Blood samples were collected before and after apixaban administration on days 1 and 8 (nondialysis days). Significant accumulation of the drug was observed between days 1 and 8 with the 2.5-mg dose. The area under the concentration-time curve from 0 to 24 hours increased from 628 to 2054 ng h/ml ($P<0.001$). Trough levels increased from 45 to 132 ng/ml ($P<0.001$). On day 9, after a 2.5-mg dose, apixaban levels were monitored hourly during dialysis. Only 4% of the drug was removed. After a 5-day washout period, five patients received 5 mg apixaban twice daily for 8 days. The area under the concentration-time curve further increased to 6045 ng h/ml ($P=0.03$), and trough levels increased to 218 ng/ml ($P=0.03$), above the 90th percentile for the 5-mg dose in patients with preserved renal function. Apixaban 2.5 mg twice daily in patients on hemodialysis resulted in drug exposure comparable with that of the standard dose (5 mg twice daily) in patients with preserved renal function and might be a reasonable alternative to warfarin for stroke prevention in patients on dialysis. Apixaban 5 mg twice daily led to supratherapeutic levels in patients on hemodialysis and should be avoided.





OAK bei Dialysepatient

Keine eindeutigen Richtlinien bei Dialysepatienten

„Man kann, muss aber nicht“

Entscheid: Keine OAK

Erstmanifestation VHF_{fla}, kein VHF_{li}

EF normal

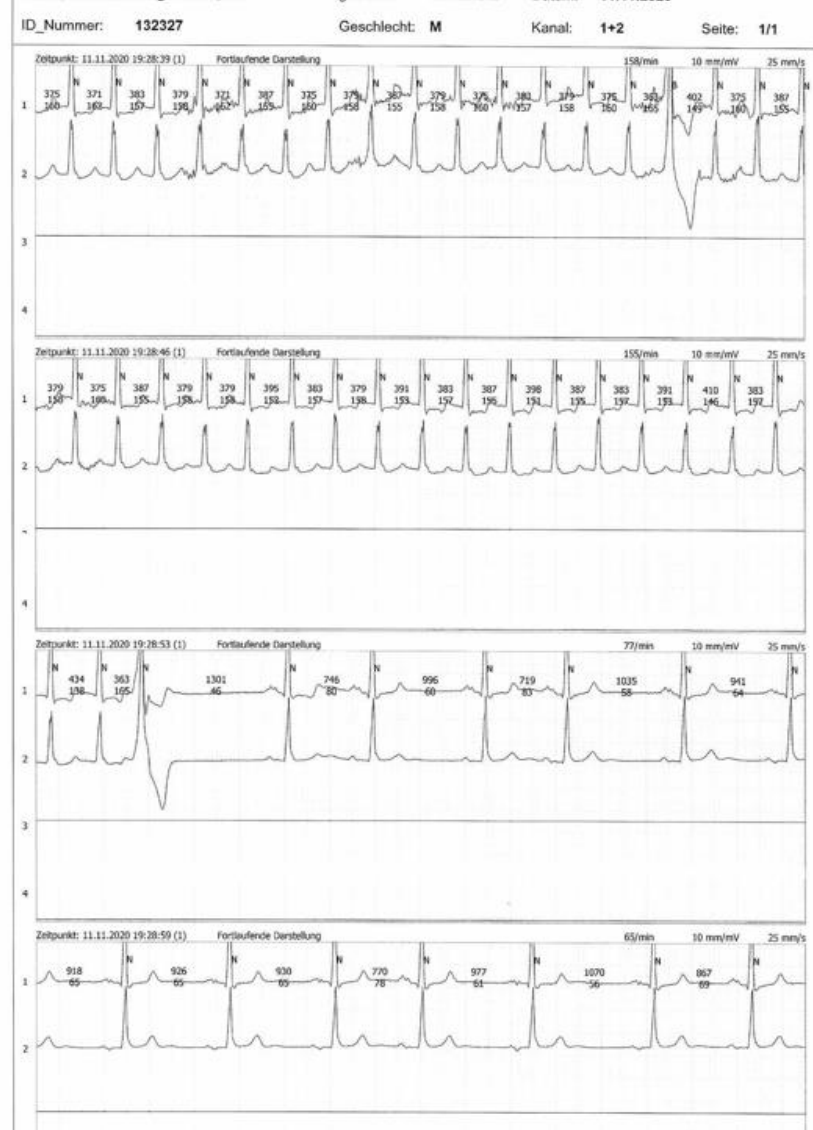
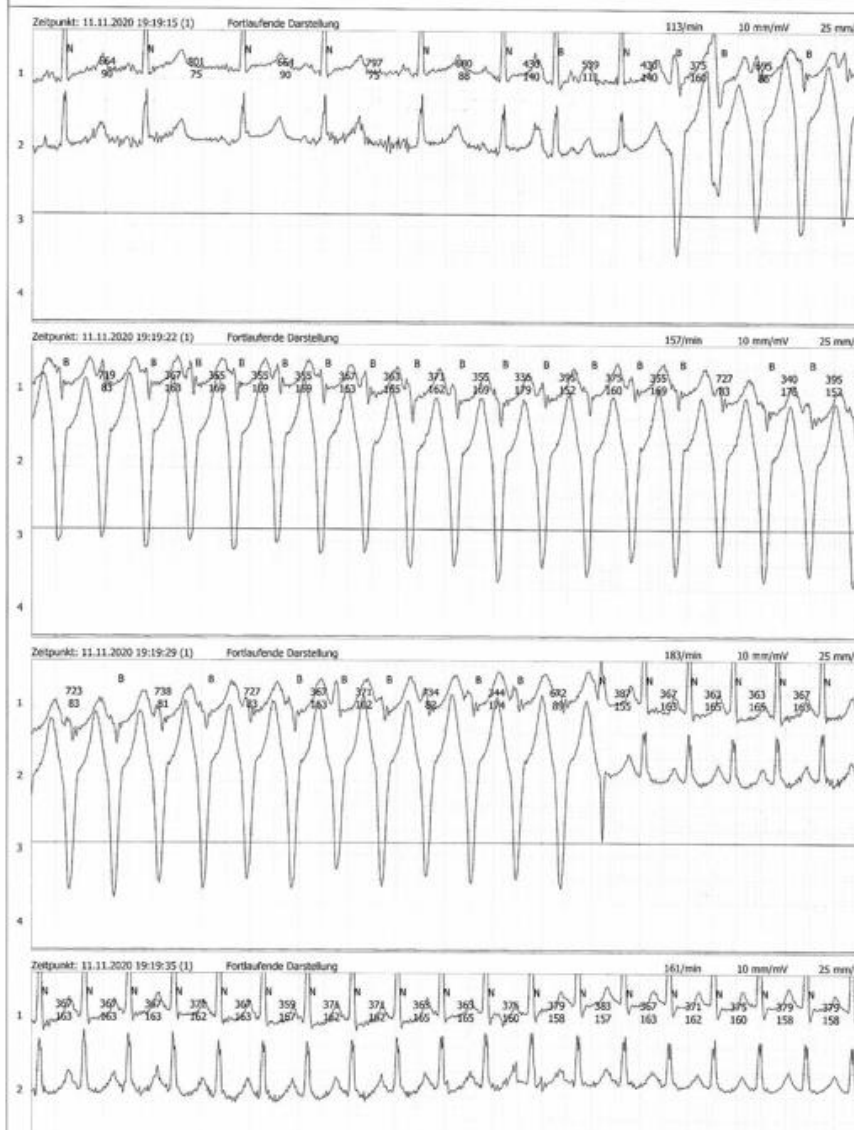
Vorhöfe normal gross





**Zwei Monate später erneute längere Tachykardie
während der Dialyse
Bei Ankunft in der Praxis → SR
Trotzdem Holter**







Lieber Christian

Es geht nochmals um den Dialyse-Patient Herrn [Name], der am 19.08.2020 unmittelbar während der Dialyse ein Vorhofflattern gehabt hat.

Ich habe ihn bisher nicht antikoaguliert.

Nun erneutes VHFlattern an der Dialyse am 11.11.2020. Bei Ankunft bei uns fürs Holter dann wieder im Sinusrhythmus. Ich habe dann das Holter trotzdem gemacht.

Dabei zeigt sich v.a. ein Sinusrhythmus mit aber 19:18 Uhr über 10 Minuten ein tVHflattern mit aber auch langen Breitskomplextachykardien – einmal 36 Schläge, einmal 50 Schläge, einmal unmittelbar zu Beginn des VHFlatterns und einmal während dem VHFlattern. Das Flattern terminiert dann mit einer VES.

Für mich ist das etwas ungemütlich. Ich würde dann noch eine OAK beginnen, v.a. auch im Hinblick einer Ablation.

Ein Coro würde ich auch vorgängig machen.

Der Patient ist diesbezüglich aber völlig asymptomatisch.

Besten Dank und liebe Grüsse,
Oli





Vorhofflimmern

73-jähriger Mann

Lieber Oli,

sieht irgendwie **ungemütlich** aus. Wenn er nicht unmittelbar nach der Breitkomplextachykardie eine supraventrikuläre Tachykardie mit der gleichen Zykluslänge gehabt hätte, hätte ich vermutet, dass es sich um eine VT handelt. Würde ihn jetzt auch antikoagulieren (und vermutlich einen Beta-Blocker dazugeben). Bei mittelhoher Prästwahrscheinlichkeit würd ich auch mindestens ein Coro-CT oder gleich eine Koro machen.

Liebe Grüße

Christian





Fragen an Prof. Christian Sticherling

(Es gibt dann noch eine Überraschung bei diesem Patienten)

Indikation für eine orale Antikoagulation bei Dialyse Patienten: Gibt es neue Erkenntnisse ?

Indikation für eine OAK bei multifokaler atrialer Tachykardie ?





Therapieresistentes symptomatisches VHF mit schwerer Herzinsuffizienz bei erhaltener und eingeschränkter systolischen LV-Funktion.

→ av ablate and pace

→ Was ist HIS bundle pace, was left bundle brunch pacing ?

→ Wann CRT ?



20. Birsecker HerzFortbildung Arlesheim

28.April 2022



Olivier Friesewinkel





ACBP oder PTCA ? 77-jähriger Mann

**Zunehmende Dyspnoe NYHA II
Cv-RF: art.Hypertonie, Hypercholesterinämie,
St.n.NA**





EKG normal

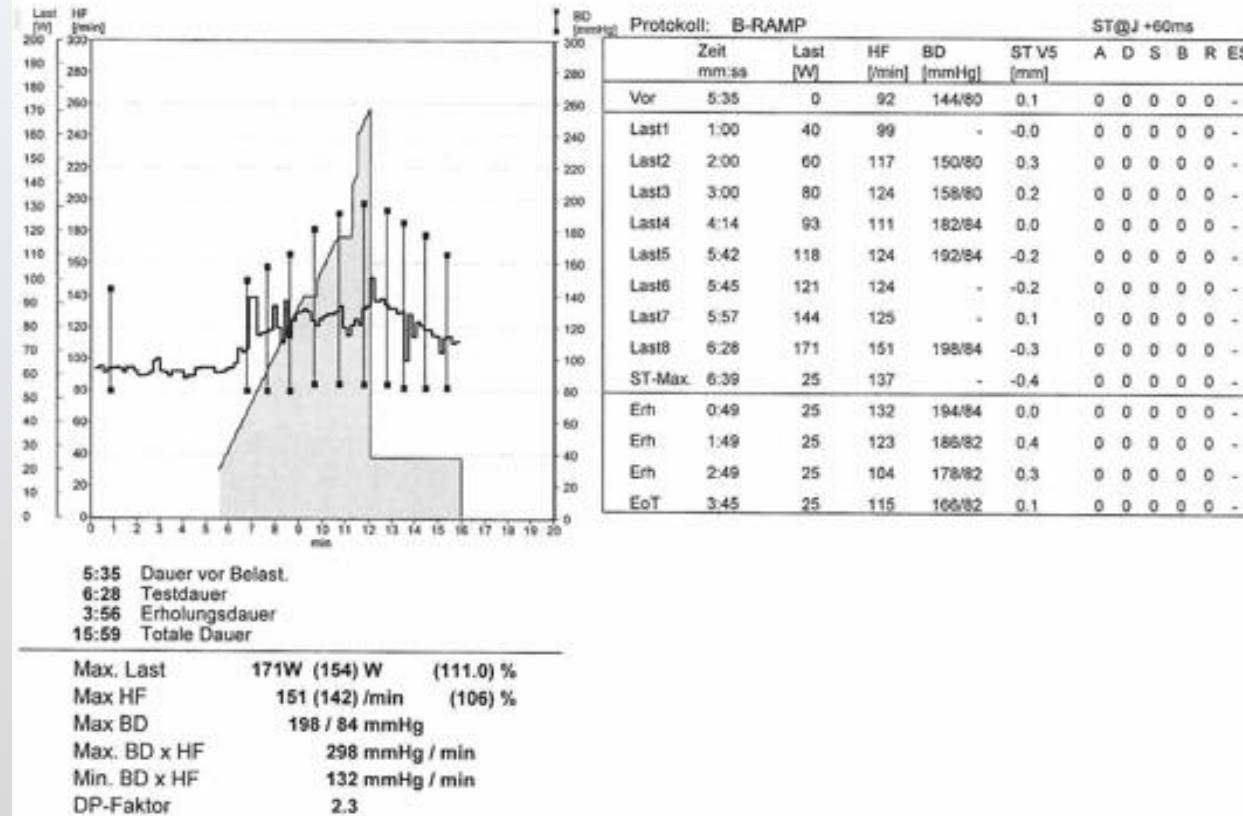
TTE: HHK II, LVEF 50%

**Cv-RF: art.Hypertonie, Hypercholesterinämie,
St.n.NA**





Grösse: 174.0 cm
Gewicht: 120.0 kg
Geschl: M
Med: Aspirin cardio 100 mg 1-0-0
Simcora 20 mg 1-0-0
Abbr.-Kriterien:
Indik:
Aprovel 150 mg 1-0-0

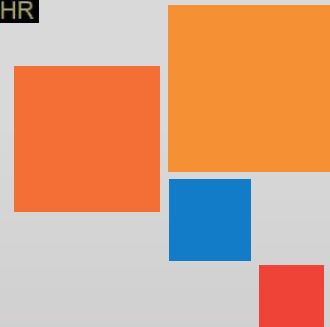
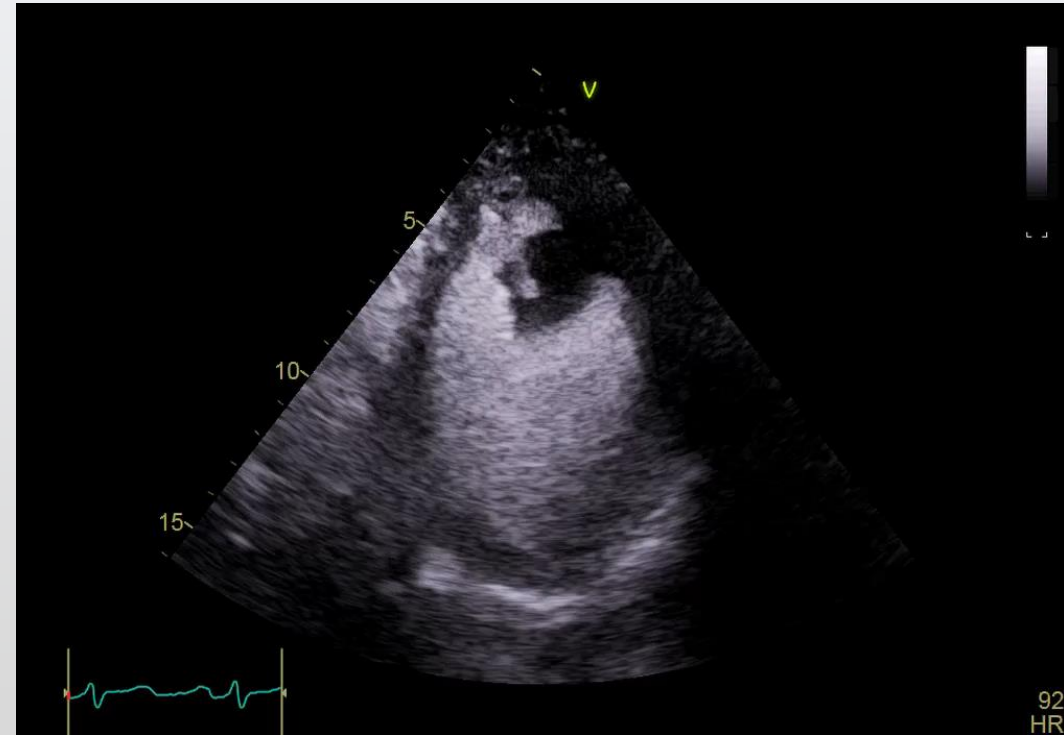
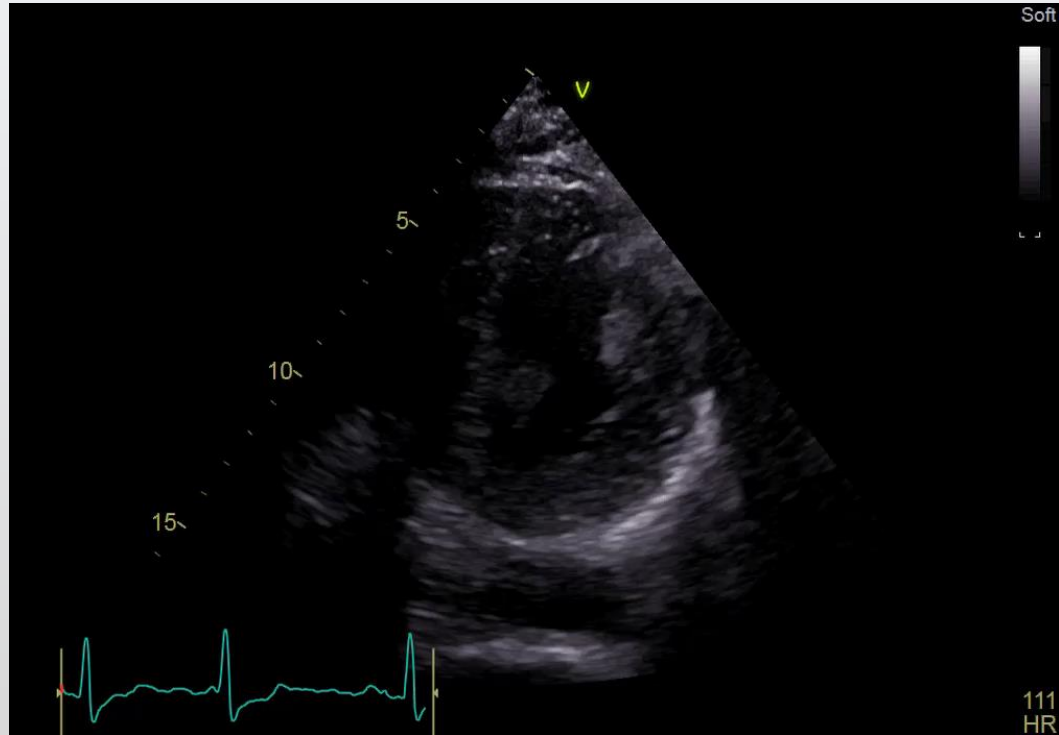


Abbruch wegen Dyspnoe, elektrisch negativ, Stressecho ungenügende Echoqualität





Physikalische Stressechokardiografie mit Echokontrastmittel SonoVue





Stressecho mit SonoVue
Ant.laterale und post-laterale Ischämie
→ Coronarangiografie aus prognostisch und
symptomatischen Gründen





Coro

HS 50%

Hochgradige prox. RIVA-Stenose

Hochgradige mittl. RIVA-Stenose

Hochgradige ostiale RD1-Stenose

Hochgradige ostiale RCX-Stenose

ACD diffus

LIMA und RIMA normal





Klarer Entscheid zur ACBP

Patient zögerlich, konnte sich nicht für OP entscheiden

Ist es wirklich so klar für ACBP ?

→ Reevaluation bei PD Dr. Gregor Leibundgut





HS 50%

pRIVA-Stenose → PTCA/DES mit Seitenast DA1

mRIVA → PTCA/DES

**pRCX → PTCA/DES in reverse T-Stent-Technik
(was heisst das ?) mit kissing ballon dHS**

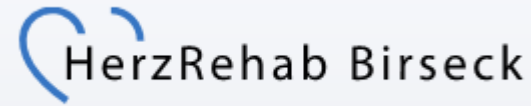




Die oft vergessene Therapie

- längerfristige Sicherung und Lebensqualität**
- geringere Progression der KHK**
- Reduktion der Hospitalisationen und Mortalität**





Qualitätskontrolle

Regelmässige Datenanalyse und Statistik inklusive Lebensqualität (Mac New Fragebogen bei Eintritt und nach 1 Jahr)

Prädiktoren für eine gute Reha und für die, die nicht profitieren

Predictors for Good and Poor Response to a Comprehensive Ambulatory Cardiac Rehabilitation Program

Raphael Twerenbold, MD¹; Olivier Friesewinkel, MD²; Julia Friesewinkel²; David Salzmann²; Marcel Furrer, MD²; Friedrich Eckstein, MD³; Raban Jeger, MD¹

¹Department of Cardiology, University Hospital Basel; ²Herzpraxis Birseck, Arlesheim; ³Department of Cardiac Surgery, University Hospital Basel.

Lebensqualität Reha-Eintritt, nach 1 Jahr

Predictors for Quality of Life in Chronic Heart Disease Following an Ambulatory Cardiac Rehabilitation Program

Raphael Twerenbold, MD¹; Olivier Friesewinkel, MD²; Julia Friesewinkel²; David Salzmann²; Marcel Furrer, MD²; Friedrich Eckstein, MD³; Raban Jeger, MD¹

¹Department of Cardiology, University Hospital Basel; ²Herzpraxis Birseck, Arlesheim; ³Department of Cardiac Surgery, University Hospital Basel.

Die, wo am Ende der Reha eine gute körperliche Leistungsfähigkeit hatten, haben längerfristig eine bessere Lebensqualität. Gilt für KHK, Herzinsuffizienz. Klappenpatienten haben am wenigsten profitiert



Es macht unheimlich viel Spass eine Reha zu haben. V.a. weil man sieht, dass über 90% bezüglich **körperlicher Leistungsfähigkeit und Lebensqualität** profitiert





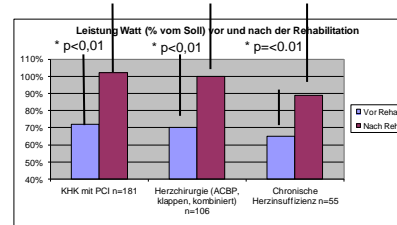
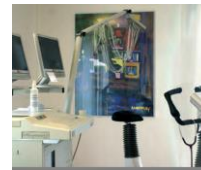
Kardiale Rehabilitation

Ca. 50% der Herzpatienten sterben an der koronaren Herzerkrankung

3-Phasenmodell der kardialen Rehabilitation nach WHO

1. Frühmobilisation nach akutem Ereignis im Spital
2. Strukturierte ambulante Rehabilitation in einem Spezial-Zentrum
3. Erhaltung des gesundheitserhaltenden Lebensstils in der Herzgruppe

Körperliches Aufbautraining
Risikofaktoren-Behandlung
Ernährungsberatung
Aufklärung
Raucherstopp
Entspannungsübungen, Stress-Coping-Strategien



Vergleich Patienten mit Rehabilitation und ohne

- 30% Weniger Zweitinfarkte
- 30% Bessere körperliche Leistungsfähigkeit
- 25% Bessere Lebensqualität
- 20% Besserung der Herzinsuffizienz
- 20% Bessere Verlässlichkeit bez. Medikamenteneinnahme
- 20% Bessere Blutdruckeinstellung
- 25% Bessere Wiedereingliederung in die Arbeit
- 25% Bessere Einstellung des Diabetes
- 25% Weniger Hospitalisationen bei Herzinsuffizienz, Klappenproblemen, Pat. mit Vorhofflimmern

Alles wird besser



www.herzpraxisbirseck.ch

Telefon: 061 703 85 82

Ihr Rehabilitationsteam:



Dave Salzmann
Physio/Herztherapeut
SAKR



Daniela Grassi
Physio/Herztherapeutin
SAKR



Fragen an PD Dr. Gregor Leibundgut

„Bypass from before Bypass to PCI/CTO“

- l'Art pour l'art ?**
- Was hält länger Venenbypass auf die ACD:
Bypass oder PTCA ?**
- Kleines/grosses Gefäss, Viabilität ?**
- Bei Diabetiker ?**
- Langzeitdaten ?**



20. Birsecker Herzfortbildung Arlesheim

28.April 2022



Olivier Friesewinkel





82-jähriger Mann mit schwerer Aortenklappenstenose

2005 Art.Hypertonie. HHK

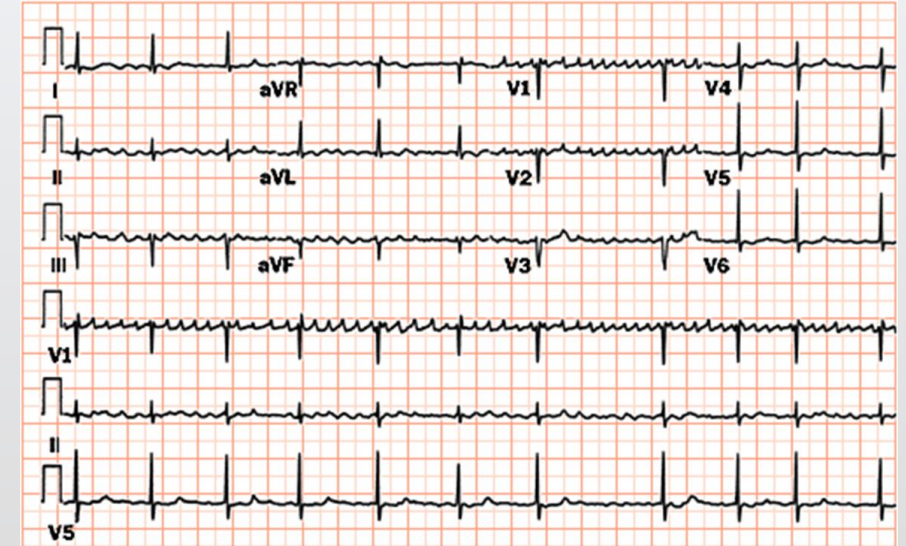
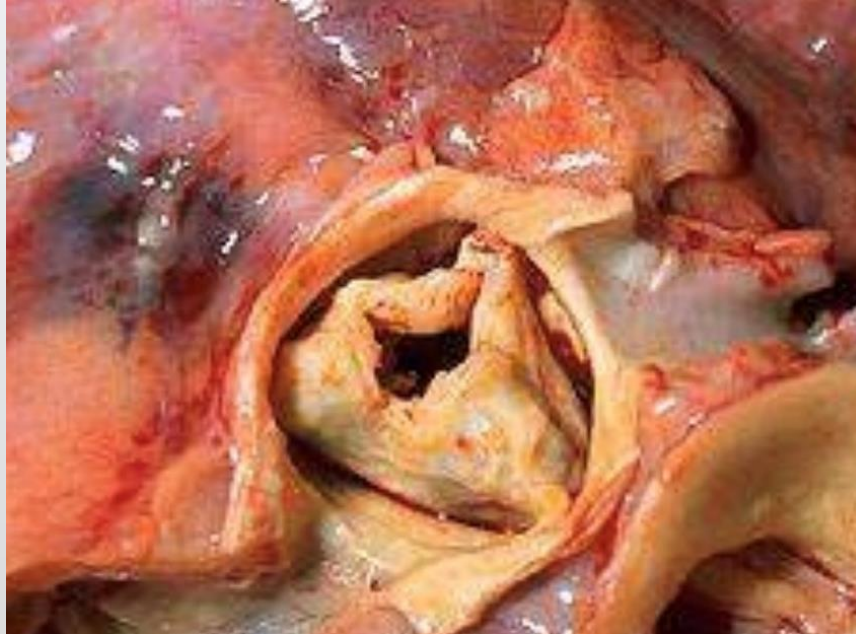
2016 Leichte AS. LVEF 65%

2020 Progrediente Dyspnoe NYHA II-III, leichte AP



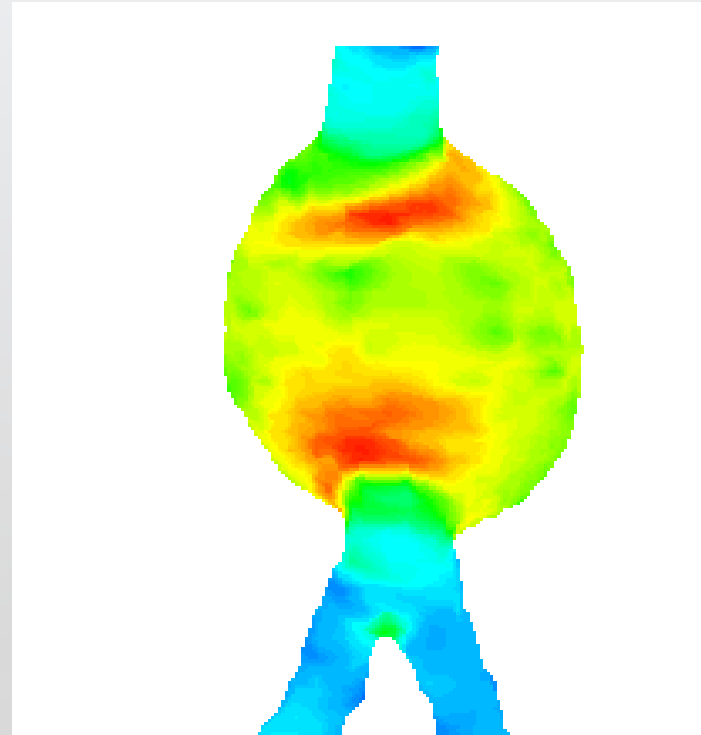


Drei Probleme



**Rezidivierende anämisierende
obere GI-Blutungen in den
letzten 4 Jahren 3x**





20. Birsecker HerzFortbildung Arlesheim

28.April 2022



Olivier Friesewinkel





Fragen an PD Dr. Fabian Nietlispach

Indikation TAVI

Alter: > 80 J, > 75 J, >70 J ?

Symptomatisch, asymptomatisch

Indikation bei schwerer Aortenklappeninsuffizienz

**Wie lange Tc-Aggregationshemmung und welche
und wie lange ?**

