

Herzzentrum

# Mitralinsuffizienz und Herzinsuffizienz aus der Sicht des Kardiologen

Dr. med. Matthias Paul  
28.06.2022



1

## Conflict of interest

Honoraria for participation in advisory boards and for presentations for following companies:

- Novartis
- Vifor
- Servier
- Astra Zeneca
- Boehringer-Ingelheim
- Bayer

Herzinsuffizienzspezialist

2

2

## Abklärung Mitralinsuffizienz

- Primär oder sekundär?
- Graduierung
- Falls schwere sekundäre MI: Transcatheter edge-to-edge repair (TEER) machbar?



EROA starker Prädiktor für Mortalität

3

3

## Sekundäre Mitralinsuffizienz - Huhn oder Ei?

Unklar ob sekundäre Mitralinsuffizienz Marker eines schwer erkrankten LV ist, oder ursächlicher Faktor

Chirurgische Intervention mit hohen Risiken bei HFrEF Patienten – keine Studiendaten, die Überlebensvorteil nachweisen

4

4



TEER indiziert zur Senkung der Mortalität wenn:

- Symptomatisch trotz optimaler Therapie
- Keine Herzoperation indiziert
- COAPT-Kriterien erfüllend
  - EROA >30mm<sup>2</sup>
  - EF 20-50%
  - LVESD <70mm
  - sPAP <70mmHg
- Keine relevante RV-Dysfunktion
- Keine schwere TI
- Keine schwere hämodynamische Instabilität

Secondary mitral regurgitation							
<p>Percutaneous edge-to-edge mitral valve repair should be considered in carefully selected patients with secondary mitral regurgitation, not eligible for surgery and not needing coronary revascularization, who are symptomatic despite CRT and who fulfil criteria<sup>1</sup> for achieving a reduction in HF hospitalizations.<sup>1,2,3</sup></p> <p>In patients with HE, severe secondary mitral regurgitation and CAD who need revascularization, CABG and mitral valve surgery should be considered.</p>	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: #FFD700;">IIa</td> <td style="background-color: #4682B4;">B</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFD700;">IIa</td> <td style="background-color: #4682B4;">C</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FF8C00;">IIIb</td> <td style="background-color: #4682B4;">C</td> </tr> </table>	IIa	B	IIa	C	IIIb	C
IIa	B						
IIa	C						
IIIb	C						
<p>Percutaneous edge-to-edge mitral valve repair may be considered to improve symptoms in carefully selected patients with secondary mitral regurgitation, not eligible for surgery and not needing coronary revascularization, highly symptomatic despite CRT and who do not fulfil criteria for reducing HF hospitalization.<sup>1,2,3</sup></p>	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: #FF8C00;">IIIb</td> <td style="background-color: #4682B4;">C</td> </tr> </table>	IIIb	C				
IIIb	C						

Mohrholz N, et al. 2017 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. doi:10.1093/eurheartj/ehw310

Fall: Hr. J.S 1940, Hospitalisation 04/2021

<b>Vorgeschichte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 03/2017 NSTEMI pericoperativ bei Schulteoperation → PCI RCX</li> <li>• 03/2017 TTE: EF 55%, keine Klappenleiden</li> <li>• 04/2019 PM-Implantation bei Bradykardem Vorhofflimmern</li> </ul>
<b>Jetziges Leiden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit wenigen Wochen progrediente Dyspnoe (NYHA III-IV), Orthopnoe und PND und Beinödeme</li> <li>• Keine AP-Schmerzen</li> </ul>
<b>Medikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torasemid 10mg 1-1-0 seit 10 Tagen, NT-proBNP 818</li> <li>• Felodipin 10mg 1-0-0, Xarelto 20mg 1-0-0</li> </ul>
<b>Status</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BD 149/95, Puls 74/min, arrhythmisch</li> <li>• ZB Systolikum über E6 mit Ausstrahlung in Axilla</li> <li>• Unterschenkelödeme bds.</li> </ul>
<b>TTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatierter LV, EF biphas 25%, dilatierter RV mit verminderter Funktion (FAC 14%), mittelschwere bis beginnend schwere sekundäre Mitralsuffizienz (ERO 0.43cm<sup>2</sup>, RV 67ml), Mittelschwere Trikuspidalsuffizienz, sPAP 40mmHg</li> </ul>

Rasche Rekompensation



- Gutes Resultat nach PCI RIVA und RCX
- Keine pulmonale Hypertonie
- Keine Hinweise auf relevante MI

Stabile Situation

<b>Medikation bei Austritt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torasemid 20mg n. Schema</li> <li>• Entresto 100mg 1-0-1, Bisoprolol 2.5mg 1-0-0, Spironolacton 50mg 1-0-0</li> <li>• Xarelto 20mg 1-0-0, Rosuvastatin 10mg 1-0-0</li> </ul>
<b>Weiterer Verlauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz SS 09/21 und 09/21: Stabiles Gewicht, NYHA II. Ausbau Entresto auf 200mg 1-0-1. Verdicht auf SGLT2 auf Wuschel Patient</li> <li>• Anstieg RV-Pacing von 18% auf 76% = Entscheid gegen Upgrade auf CRT bei geringer Symptomatik</li> </ul>
<b>Rehospitalisation gleichentags</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synkope beim E-Bike fahren mit Contusio capitis bei Kammerstachykardie über 2.5min (180/min)</li> <li>• KTabulation infereoprote Name</li> <li>• TTE: Dilatierter LV, EF biphas 32%, RV mit normaler Größe und reduzierter Funktion. Mittelschwere bis schwere Mitralsuffizienz (ERO 0.22cm<sup>2</sup>, RV 38ml), leichte Trikuspidalsuffizienz, sPAP 43mmHg.</li> </ul>
<b>Weiterer Verlauf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasche Rekompensation, Amiodaronaufälligkeit. Zusätzlich Dapaflizin 10mg 1-0-0.</li> </ul>

