

Hart & Herzlich am See Workshop Herz



15. September 2022

Dr. Peter Teuchmann
Ltd. Arzt kardiale Rehabilitation
Klinik Oberwald, St. Gallen

SC-CH-AMG145-00717

Hart & Herzlich am See Workshop Herz

1. Zwei Beispiele aus der kardialen Rehabilitation
2. EKG-Quiz
3. Neuigkeiten zur Herzinsuffizienztherapie



SC-CH-AMG145-00717

Workshop Teil 1

Zwei praktische Beispiele aus der kardialen Rehabilitation



SC-CH-AMG145-00717


OBERWAID
DAS HOTEL. DIE KLINIK.

FALL 1

«Der Erschreckende»

oder

«Dr. Google hat's gewusst»

Fall 1: Herr H.H., 86J



- 86J Mann, für das Alter sehr rüstig
- Permanentes VHF (ED 2015), seither OAK mit Marcoumar
- Im Juli 2017 wg. geplanter Zahnsanierung Umstellung auf Xarelto
- Normale systolische LV-Funktion (EF 55%)
- Leichte bis mittelgradige Mitralinsuffizienz
- **Medikation:** Xarelto 20mg, Ramipril 2.5mg, Torem 5mg, Metoprolol 25mg
- Im Juli 2017 erstmals SYNKOPE > Spital > Abklärung (keine Ursache)
- Seither noch 4x SYNKOPE / PRÄSYNKOPE (mehrfache Hospitalisierungen)
- Kommt Anfang September 2017 nach 5. Synkope zur kardialen Rehabilitation
- **Die Tochter fragt nach Zusammenhang mit „dem neuen Blutverdünner“ ? „Sie habe da was bei GOOGLE gelesen....“**



Xarelto Synkope

Alle Bilder News Shopping Videos Mehr Einstellungen Suchfilter

Ungefähr 9'160 Ergebnisse (0,45 Sekunden)



Yamedo Webseite Yamedo Blog Krankheiten Heilverfahren Newsletter Die Reda

Xarelto – Mittel der Wahl oder Mittel der Qual?

8. Januar 2014 | Von René Gräber | Kategorie: Medikamente

Xarelto: ein weiterer Milliarden-Produkt der Firma Bayer. Aufgabe: Blutgerinnungshemmer. Das bekannteste (und mit das älteste) Produkt aus dieser Medikamentenklasse ist Marcumar, bei dem der Patentschutz schon längst abgelaufen ist.

Aber man ist ja findig und bringt wieder ein Medikament auf den Markt (das natürlich wieder

compendium.ch



Produkt Fachinfo Patienteninfo Risiken Fotos Ähnliche

XARELTO Filmtabl 20 mg
Bayer (Schweiz) AG

Charakteristika
ATC: Antikoagulantien, direkter Faktor-Xa-Inhibitor
B01AF01 Rivaroxaban

Zusammensetzung
Rivaroxaban (20 mg)

Therapie
Antithrombotika > Faktor-Xa-Inhibitoren > Direkte Faktor-Xa-Inhibitoren

Indikation
Thromboprophylaxe bei größeren orthopädischen Eingriffen an den unteren Extremitäten, Therapie der tiefen Venenthrombose (TVT) und Lungenembolie, Prophylaxe einer rezidivierenden TVT und Lungenembolie, Schlaganfallprophylaxe und Thromboseprophylaxe systemischer Embolien bei nicht-valvulären Vorhofflimmern.

Dosierung
10 mg unabhängig der Mahlzeiten, 15 mg, 20 mg mit dem Essen, evtl. Tabl zerklümmen und mit Wasser oder dickflüssiger Kost einnehmen (Gabe über Magenstoma möglich).
Orthopädische Eingriffe >18 J.: 1x10, 10 mg, erste Dosis 6-10 h nach Eingriff und lokaler Hämostasie, Therapiezeitpunkt individuell, Hüftoperationen: 5 Wo., Knieoperationen: 3 Wo.
Therapie der TVT und Lungenembolie >18 J.: initial 2x10, 15 mg während 3 Wo., dann 1x10, 20 mg, Therapiezeitpunkt individuell.
Prophylaxe rezidivierender TVT und Lungenembolie >18 J.: 1x10, 20 mg (nach einer Therapiezeitdauer von min. 6 Mon., evtl. 1x10, 10 mg bei geringerem Rezidiv-Risiko).
Schlaganfallprophylaxe und Prophylaxe systemischer Embolien >18 J.: 1x10.

Folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurden in klinischen Studien mit Xarelto beobachtet: Die folgenden Angaben der Häufigkeit werden verwendet:

Sehr häufig: >10%.

Häufig: 1%-10%.

Gelegentlich: 0,1%-1%.

Selten: 0,01%-0,1%.

Sehr selten: <0,01%.

Häufigkeit nicht bekannt: Diese unerwünschten Wirkungen wurden in anderen klinischen Studien als den oben genannten beobachtet, oder sie stammen aus der Postmarketing-Überwachung.

Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems

Häufig: Anämie.

Gelegentlich: Thrombozytose.

Häufigkeit nicht bekannt (Berichte nach Marktzulassung): Thrombozytopenie, agranulozytose.

Erkrankungen des Immunsystems

Gelegentlich: Allergische Dermatitis, Hypersensitivität.

Häufigkeit nicht bekannt (Berichte nach Marktzulassung): Allergisches Ödem, Angioödem.

Erkrankungen des Nervensystems

Häufig: Schwindel, Kopfschmerzen.

Gelegentlich: zerebrale und intrakranielle Blutungen, Synkope.

Xigenerkrankungen

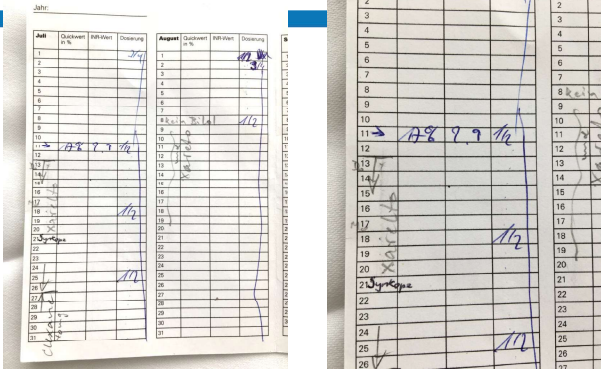
Häufig: Augenblutungen (einschl. Bindehautblutungen).

Herzkrankungen

Gelegentlich: Tachykardie.

Erkrankungen des Nervensystems
Häufig: Schwindel, Kopfschmerzen.
Gelegentlich: zerebrale und intrakranielle Blutungen, Synkope.

Aufzeichnungen des Patienten



Fall 1: Herr H.H., 86J

- Definitiv muss also eine Arzneimittel-Nebenwirkung in Betracht gezogen werden
- Hatte schon einmal Jemand von Ihnen einen solchen Fall in seiner Praxis?
- Auf Wunsch von Patient und Angehörigen wieder Umstellung auf Marcoumar
- Erhöhtes Blutungs-Risiko unter Marcoumar im Vergleich zu NOAK bei 86J Patienten besprochen

Fall 1: Herr H.H., 86J

ESC-Leitlinien 2016

Empfehlungen zur Schlaganfallprophylaxe bei VHF

NOAK sind Mittel der ersten Wahl nach den neuen ESC-Leitlinien 2016

- Die ESC-Leitlinien geben den NOAK vor den VKA den stärksten Evidenzgrad in der Schlaganfallprophylaxe bei VHF
- Thrombozytenfunktionshemmer sollen in der Monotherapie zur Schlaganfallprophylaxe bei VHF nicht mehr eingesetzt werden

Empfehlungen	Evidenzklasse	Evidenzgrad
Bei Initiierung von OAK in Patienten mit VHF, die sich für eine Therapie mit NOAK eignen (Apixaban, Dabigatran, Edoxaban oder Rivaroxaban), sollten NOAK gegenüber VKA in der Behandlung bevorzugt werden.	I	A
Eine Monotherapie mit Thrombozytenfunktionshemmern zur Schlaganfallprophylaxe wird nicht empfohlen, unabhängig vom Schlaganfallrisiko.	III (Schaden)	A

Quelle: Kirchhof P et al. ESC Guidelines. Eur Heart J 2016;37(1):285-282

ESC Europäische Gesellschaft für Kardiologie, VHF: Vorhofflimmern, NOAK: Nicht-Vitamin-K-abhängiger orale Antikoagulantien, VKA: Vitamin-K-abhängige, VHF: Vorhofflimmern, OAK: Orale Antikoagulation

© CME Verlag 2018

Fall 1: Herr H.H., 86J

- Auf Wunsch von Patient und Angehörigen wieder Umstellung auf Marcoumar
- Marcoumar-Risiko bei 86J Patienten besprochen

In Zusammenschau der Befunde zeigte sich ein sehr positiver und erfreulicher Rehabilitationsverlauf. Der Patient konnte seine Selbstsicherheit in Bezug auf körperliche Betätigung wiedererlangen und hat sich vorgenommen ein moderates Ausdauertraining wie regelmäßige Spaziergänge umzusetzen. Der Patient konnte am 30.09.2017 in gutem Allgemeinzustand in das häusliche Umfeld entlassen werden.

- Telefonat mit dem Hausarzt nach einem Jahr:

KEINE ERNEUTE SYNKOPE !!!

Fall 2: L.Z. 46J ♂

FALL 2
«Das ging ins Auge»

- M. Barlow mit schwerer, oligosymptomatischer Mitralsuffizienz
- JETZT: Mitralklappenrekonstruktion: Korrektur Prolaps P1 durch trianguläre Resektion P2 mit Rekonstruktion von P2, Resuspension mit 4 artefiziellen Neochordae, Verschluss der Indentation A3-A2 mittels edge-Alfieri Stitch, Anuloplastie mittels Edwards Lifescience Physio II Anuloplastierung
- Post-OP Anmeldung zur ambulant kardialen Rehabilitation
- Vom Operateur mit dem Hinweis entlassen: nicht zu schnell in die Rehabilitation, lieber ein paar Tage zu Hause ausruhen, sie sei noch «zu schwach für Sport»
- Kommt **1 Woche nach Entlassung** aus der Herzchirurgie zur Eintrittsuntersuchung in die ambulante Rehabilitation

13

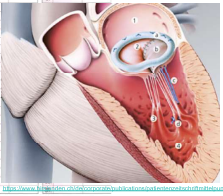
14

Fall 2: L.Z. 46J ♂

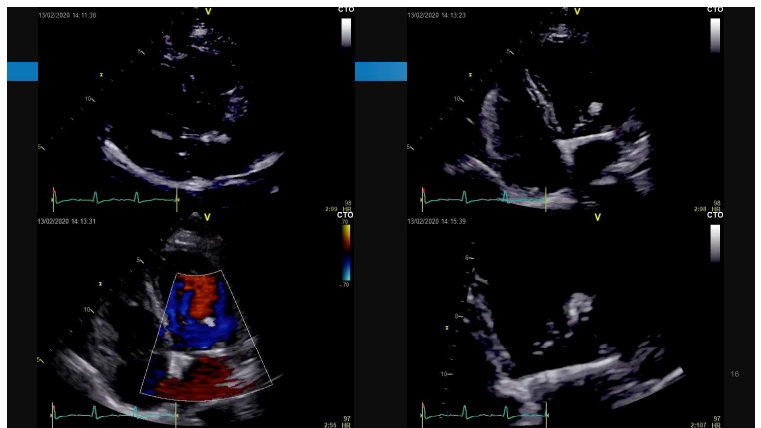
Der mitgebrachte Marcoumar-Ausweis

Monat	Jahr	Wert	Einheit	Monat	Jahr	Wert	Einheit	Monat	Jahr	Wert	Einheit	Monat	Jahr	Wert	Einheit	Monat	Jahr	Wert	Einheit
1	20	1,60	mmHg	1	20	1,60	mmHg	1	20	1,60	mmHg	1	20	1,60	mmHg	1	20	1,60	mmHg
2	20	1,39	mmHg	2	20	1,39	mmHg	2	20	1,39	mmHg	2	20	1,39	mmHg	2	20	1,39	mmHg
3	20	1,95	mmHg	3	20	1,95	mmHg	3	20	1,95	mmHg	3	20	1,95	mmHg	3	20	1,95	mmHg
4	20	1,2	mmHg	4	20	1,2	mmHg	4	20	1,2	mmHg	4	20	1,2	mmHg	4	20	1,2	mmHg
5	20	1,2	mmHg	5	20	1,2	mmHg	5	20	1,2	mmHg	5	20	1,2	mmHg	5	20	1,2	mmHg
6	20	1,2	mmHg	6	20	1,2	mmHg	6	20	1,2	mmHg	6	20	1,2	mmHg	6	20	1,2	mmHg
7	20	1,2	mmHg	7	20	1,2	mmHg	7	20	1,2	mmHg	7	20	1,2	mmHg	7	20	1,2	mmHg
8	20	1,2	mmHg	8	20	1,2	mmHg	8	20	1,2	mmHg	8	20	1,2	mmHg	8	20	1,2	mmHg
9	20	1,2	mmHg	9	20	1,2	mmHg	9	20	1,2	mmHg	9	20	1,2	mmHg	9	20	1,2	mmHg
10	20	1,2	mmHg	10	20	1,2	mmHg	10	20	1,2	mmHg	10	20	1,2	mmHg	10	20	1,2	mmHg
11	20	1,2	mmHg	11	20	1,2	mmHg	11	20	1,2	mmHg	11	20	1,2	mmHg	11	20	1,2	mmHg
12	20	1,2	mmHg	12	20	1,2	mmHg	12	20	1,2	mmHg	12	20	1,2	mmHg	12	20	1,2	mmHg
13	20	1,2	mmHg	13	20	1,2	mmHg	13	20	1,2	mmHg	13	20	1,2	mmHg	13	20	1,2	mmHg
14	20	1,2	mmHg	14	20	1,2	mmHg	14	20	1,2	mmHg	14	20	1,2	mmHg	14	20	1,2	mmHg
15	20	1,2	mmHg	15	20	1,2	mmHg	15	20	1,2	mmHg	15	20	1,2	mmHg	15	20	1,2	mmHg
16	20	1,2	mmHg	16	20	1,2	mmHg	16	20	1,2	mmHg	16	20	1,2	mmHg	16	20	1,2	mmHg
17	20	1,2	mmHg	17	20	1,2	mmHg	17	20	1,2	mmHg	17	20	1,2	mmHg	17	20	1,2	mmHg
18	20	1,2	mmHg	18	20	1,2	mmHg	18	20	1,2	mmHg	18	20	1,2	mmHg	18	20	1,2	mmHg
19	20	1,2	mmHg	19	20	1,2	mmHg	19	20	1,2	mmHg	19	20	1,2	mmHg	19	20	1,2	mmHg
20	20	1,2	mmHg	20	20	1,2	mmHg	20	20	1,2	mmHg	20	20	1,2	mmHg	20	20	1,2	mmHg
21	20	1,2	mmHg	21	20	1,2	mmHg	21	20	1,2	mmHg	21	20	1,2	mmHg	21	20	1,2	mmHg
22	20	1,2	mmHg	22	20	1,2	mmHg	22	20	1,2	mmHg	22	20	1,2	mmHg	22	20	1,2	mmHg
23	20	1,2	mmHg	23	20	1,2	mmHg	23	20	1,2	mmHg	23	20	1,2	mmHg	23	20	1,2	mmHg
24	20	1,2	mmHg	24	20	1,2	mmHg	24	20	1,2	mmHg	24	20	1,2	mmHg	24	20	1,2	mmHg
25	20	1,2	mmHg	25	20	1,2	mmHg	25	20	1,2	mmHg	25	20	1,2	mmHg	25	20	1,2	mmHg
26	20	1,2	mmHg	26	20	1,2	mmHg	26	20	1,2	mmHg	26	20	1,2	mmHg	26	20	1,2	mmHg
27	20	1,2	mmHg	27	20	1,2	mmHg	27	20	1,2	mmHg	27	20	1,2	mmHg	27	20	1,2	mmHg
28	20	1,2	mmHg	28	20	1,2	mmHg	28	20	1,2	mmHg	28	20	1,2	mmHg	28	20	1,2	mmHg
29	20	1,2	mmHg	29	20	1,2	mmHg	29	20	1,2	mmHg	29	20	1,2	mmHg	29	20	1,2	mmHg
30	20	1,2	mmHg	30	20	1,2	mmHg	30	20	1,2	mmHg	30	20	1,2	mmHg	30	20	1,2	mmHg
31	20	1,2	mmHg	31	20	1,2	mmHg	31	20	1,2	mmHg	31	20	1,2	mmHg	31	20	1,2	mmHg

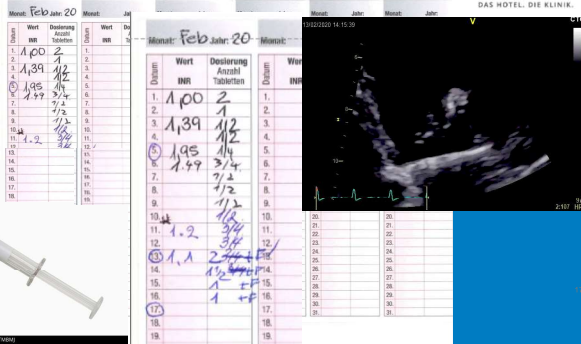
← Austritt Herzchirurgie
← Vorstellung Hausärztin



<https://www.youtube.com/watch?v=3333333333> mitralklappenrekonstruktion-otm



Fall 2: L.Z. 46J ö



Fall 2: L.Z. 46J ö

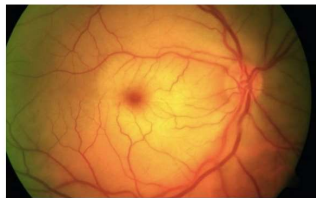
- Am darauffolgenden Wochenende:
 - „Krampf“ im linken Auge, dann grosser grauer Fleck, der sich langsam auf das gesamte Gesichtsfeld ausgebreitet habe
 - Symptome hätten gut 3-4 Minuten lang angehalten und seien dann spontan wieder verschwunden
 - Keine Arztkonsultation, sei „von alleine besser geworden“
 - Keine Migräne mit Augensymptomen in der Anamnese

AMBULANTE Rehabilitation

Retinaler Arterienverschluss: Wenn es plötzlich dunkel wird

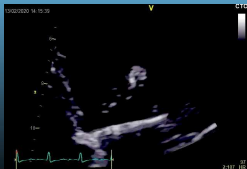
von Redaktion, 31. Juli 2017

Von einem Moment auf den anderen erblindet das Auge – ohne Vorwarnung und ohne Schmerzen: Der retinale Arterienverschluss (RAV) ist eine zwar seltene, aber gravierende Krankheit. Wenn eine die Netzhaut versorgende Arterie verschlossen wird, tritt schon nach wenigen Stunden ein nicht wieder gut zu machender Schaden ein. Wichtig ist Betroffenen so schnell wie möglich einen Augenarzt aufsuchen sollten, erläutert Prof. Nicolas Pöhlgen vom Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA).



<https://www.eyebizz.de/augengesundheit/>

- Während Corona-Lockdown telefonische Weiterbetreuung und INR-Einstellung (2.5-3.5)
- Im weiteren Verlauf unter konsequenter OAK keine erneuten Ereignisse



Fall 2: L.Z. 46J ö

Mein persönliches Fazit:

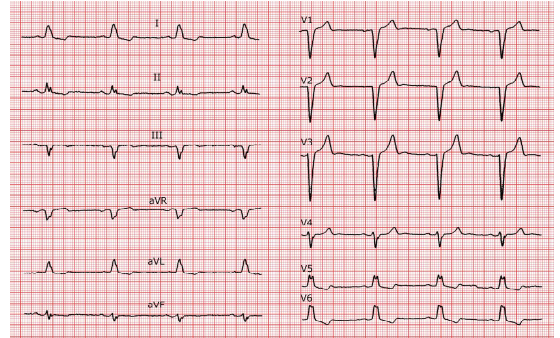
- Ambulante Rehabilitation bei **operierten** Herzpatienten kann problematisch sein. Nach Herz-OP stationäre Reha sicherer
- Wenn ambulante Rehabilitation, dann möglichst rascher Beginn nach Entlassung aus der Herzchirurgie
- Miteinbeziehung des Hausarztes, Bessere Weitergabe von Informationen, sehr spezielle Probleme nach komplexen Herzchirurgischen Eingriffen

Herzinsuffizienz - EKG Quiz



SC-CH-AMG145-00717

Beispiel 1



22



Echocardiography

ESC Guidelines zur Herzinsuffizienz

Recommendations	Class	Level
Investigations to consider in all patients		
Transthoracic echocardiography is recommended to evaluate cardiac structure and function, including diastolic function (Section 4.1.2), and to measure LVEF to make the diagnosis of HF, assist in planning and monitoring of treatment, and to obtain prognostic information.	I	C

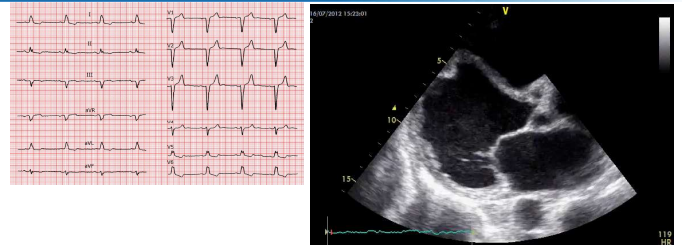
www.escardio.org/guidelines

European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847
European Journal of Heart Failure (2012) 14, 893–969



23

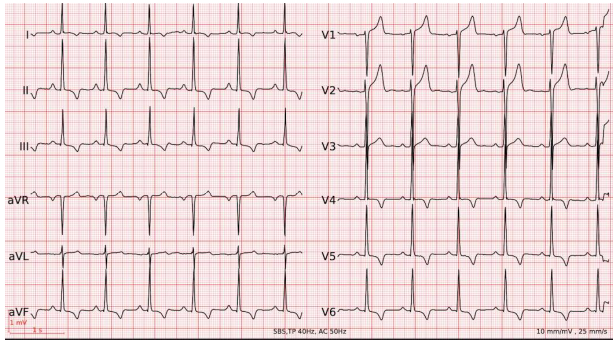
Linksschenkelblock



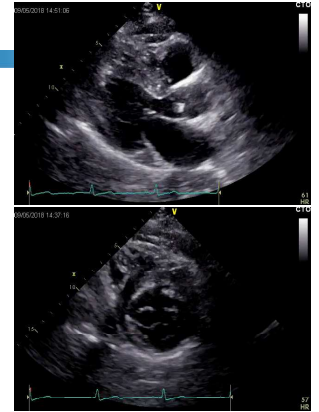
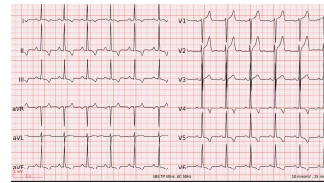
Dilatative Kardiomyopathie

24

Beispiel 2



Linksventrikuläre Hypertrophie



Diastolische Dysfunktion bei LVH

DD: Kardiale Amyloidose

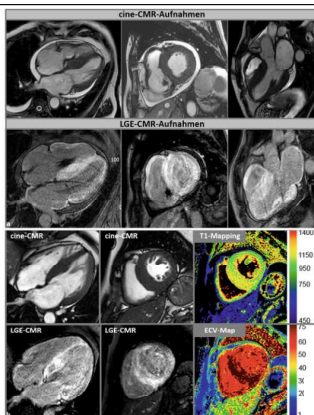
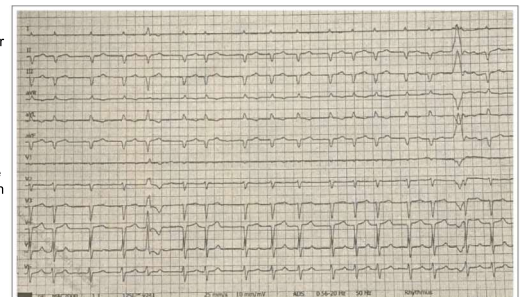


Abb. 24 • Kardiale Magnetresonanztomographische (CMR) Aufnahmen eines Patienten mit kardialer Amyloidose und DDC-Schrittmacher. In den oberen Reihen sind Cine-Aufnahmen im 4-Kammer-Blick, in der rechten Reihe sind im 3-Kammer-Blick zu erkennen. In der unteren Reihe sind die korrespondierenden LGE-Aufnahmen. Die ECV-Mapping-Aufnahmen zeigen einen Nachweis einer diffusen Kardiomyopathie. Die T1-Mapping-Aufnahmen sind in der mittleren Reihe rechts dargestellt. Die ECV-Mapping-Aufnahmen sind in der unteren Reihe rechts dargestellt.

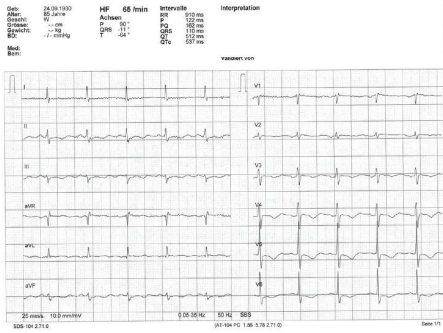
Typisches EKG bei Amyloidose

Typisches Pseudoinfarktmuster mit Q-Zacken in II, III, avF und über der Vorderwand ohne Infarktanamnese; periphere **Niedervoltage**.

Wandverdickung nicht Folge einer muskulären Hypertrophie sondern durch Einlagerung von Amyloid



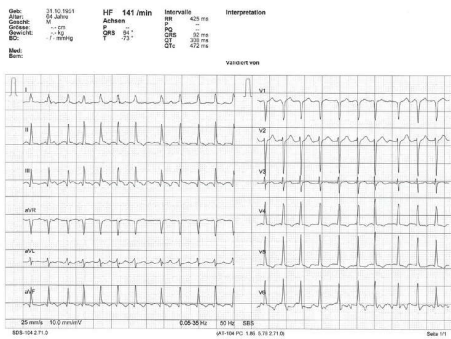
Beispiel 3



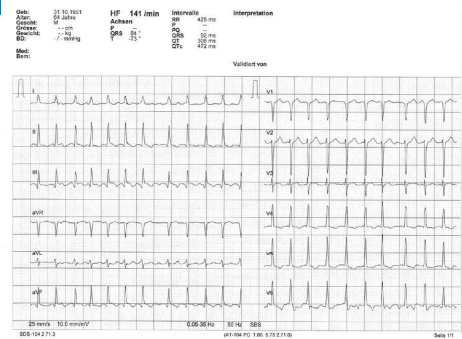
QT-Verlängerung unter Amiodaron



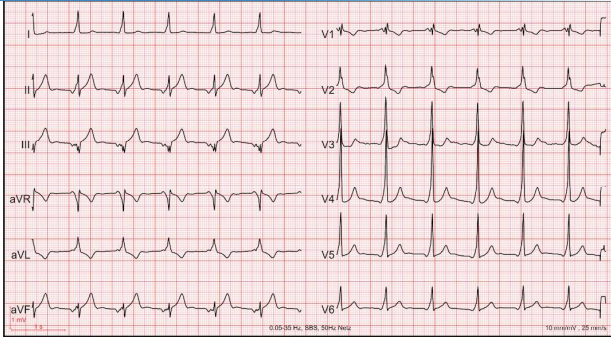
Beispiel 4



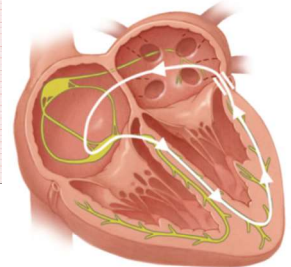
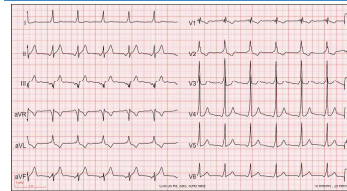
Tachykardes Vorhofflimmern



Beispiel 5



WPW-Syndrom

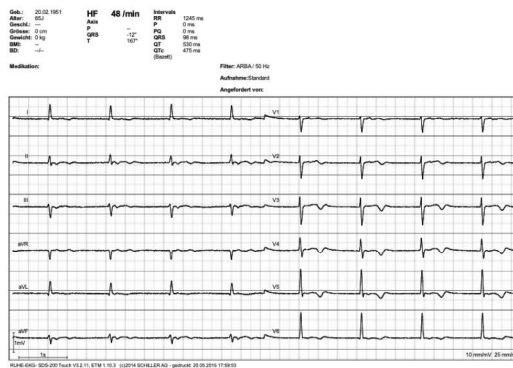


<https://www.cardosecur.com/de/hr/herzfachartikel-rund-um-das-herz/leff-parkinson-white-syndrom>

33

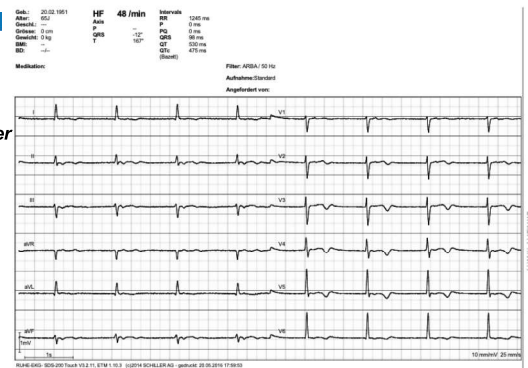
34

Beispiel 6



35

Beispiel 6



36

Sinusalrest unter Amiodaron

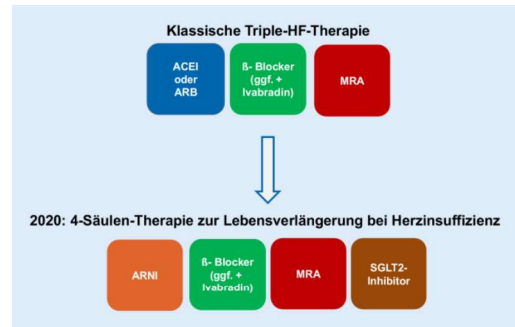
AV-Knoten-Ersatzrhythmus

retrograde P-Welle in der ST-Strecke

Neues zur Herzinsuffizienz 2022

SC-CHAMG145-00717

Die „BIG FOUR“ der Herzinsuffizienztherapie

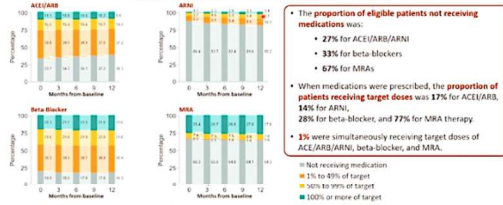


38

Theorie und Praxis der Herzinsuffizienztherapie

Many eligible HFrEF patients do not receive recommended medications, and among those treated few receive target doses

2588 US outpatients with chronic HFrEF (CHAMP-HF registry)

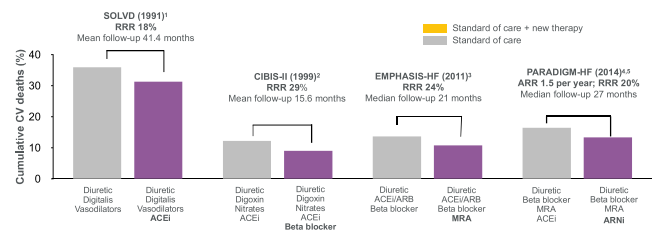


Heart Failure 2022

Greeno J et al. Am Coll Cardiol. 2016;71:2365-83; Greeno J et al. Am Coll Cardiol. 2018;72:351-66

39

Hohes Residuelles Risiko für HFrEF Patienten trotz Standard-Therapie der Herzinsuffizienz



40

Herzinsuffizienzbehandlung 2022: Was gibt es Neues?

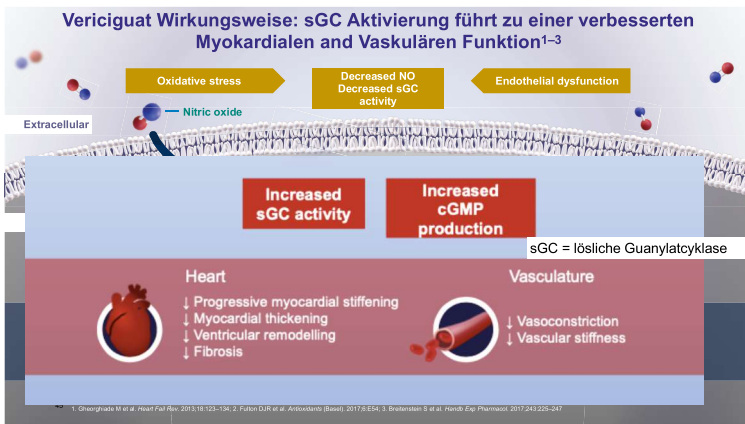
1. Vericiguat (Verequvo[®]), mit völlig neuem Wirkprinzip, ein neuer Baustein für Patienten mit Verschlechterung einer chronischen Herzinsuffizienz trotz Standardtherapie
2. Eine wirksame Therapie bei Patienten mit HFpEF

1. Neuerung

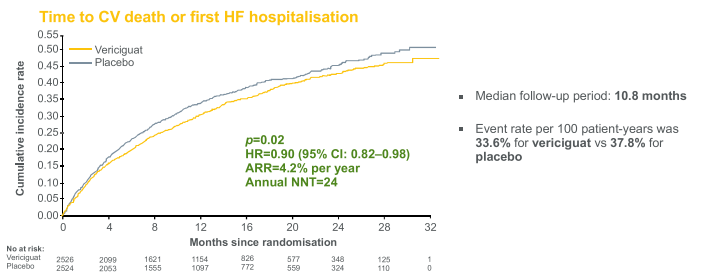
Vericiguat (Verquvo[®])



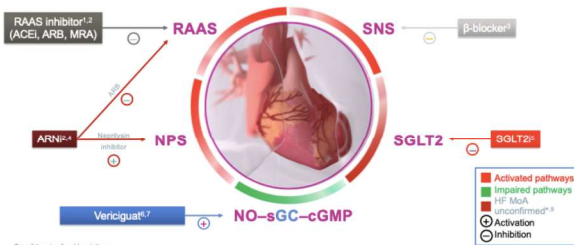
SC-CH-MG145-00717



Vericiguat Significantly Reduced the Annualised Absolute Risk of the Primary Composite Outcome by 4.2%



Vericiguat has a complementary Mode of Action with no overlap with other drugs¹⁻⁸



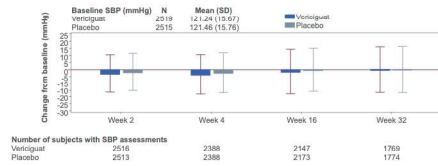
See slide notes for abbreviations.
¹ The mechanism(s) by which SGLT2s mediate their cardioprotective effects is unclear but there are several postulated mechanisms which include improving haemodynamics, controlling sympathetic stimulation, inhibiting fibrosis and cardiac remodeling, improving cardiac efficiency and output, modulating the overall cytosolic sodium and calcium concentrations, and stabilizing the autocrine levels.
² Mann DL et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 10th edn. Elsevier/Saunders, 2016; 3. Vanczy CW et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70:3716-303.
³ Topol EJ et al. J Am Coll Cardiol. 2009;54:1143-1152; 4. Polonsky WJ et al. Circ Heart Fail. 2016;9:191-197; 5. Mahabadi S & Squire T. Cardiology (Basel). 2016;127:26.
⁶ Armstrong PW et al. JACC Heart Fail. 2016;8:96-104; 7. Armstrong PW et al. N Engl J Med. 2020;382:1883-1893; 8. Nigroglia B. Cardio Res. 2021;12:60-66.

45

Kein weiterer Blutdrucksenker in der Therapie der Herzinsuffizienz

Systolic Blood Pressure Declined Slightly in Both Groups Over The First 16 Weeks, Then Returned to Baseline

Mean change in SBP from baseline over time



SBP, systolic blood pressure; SD, standard deviation; Vericiguat™, n = 2519; Placebo, n = 2515.

46

Vericiguat is a simple therapy¹



Adherence: 93.8% of patients on the vericiguat arm achieved adherence of >80% to the trial drug²



1x/d Once daily medication



Titration: 90.3% of patients were receiving the 10 mg target dose²



No Monitoring needed



No clinically relevant interactions with with HF drugs or those used to treat comorbidities^{3,4}



Renal impairment: No dose adjustment required in patients with eGFR ≥ 15 mL/min/1.73 m² (without dialysis)

¹ Swiss S-IMP <https://www.swissimp.ch>; ² Armstrong PW et al. N Engl J Med. 2020;382:1883-1893; ³ Lubner M, et al. Poster P1755. Presented at the European Society of Cardiology Heart Failure Congress, 25-26 May 2019; ⁴ Bancher M, et al. Poster P1753. Presented at the European Society of Cardiology Heart Failure Congress, 25-26 May 2019.

47

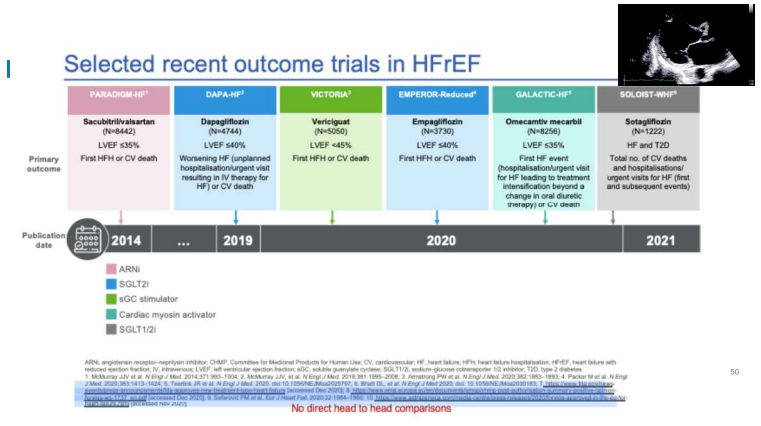
2. Neuerung

Dapagliflozin als wirksame Therapie bei HFpEF



SC-CH-AMG145-00717

Definition der Herzinsuffizienz mit erhaltener (HFpEF), mässiggradig eingeschränkter (HFmrEF) und reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF)			
HF-Typ	HFpEF	HFmrEF	HFrEF
Kriterien	1*	Klinische Symptome ± Zeichen	Klinische Symptome ± Zeichen
	2**	LVEF < 40 %	LVEF 40–49 %
	3		<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte natriuretische Peptide (BNP > 35 pg/ml und/oder NT-proBNP > 125 pg/ml) Echokardiografisch objektivierte strukturelle oder funktionelle Störungen des linken Ventrikels (LVH, Dilatation linker Vorhof, diastolische Dysfunktion)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Dapagliflozin i
ir
tr

Empagliflozin and HROoL Outcomes

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

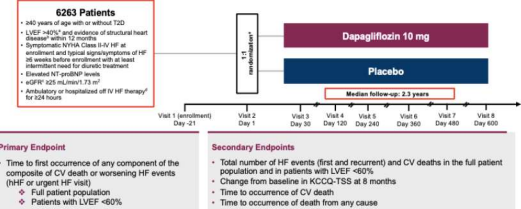
Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction

S.D. Anker, J. Butler, G. Filippatos, J.P. Ferreira, E. Bocchi, M. Böhm, H.-P. Brunner-La Rocca, D.-J. Choi, V. Chong, E. Chuahua-Valenzuela, N. Giannetto, J.E. Gomez-Mesa, S. Janssens, J.L. Januzzi, J.R. Gonzalez-Juanatey, B. Merkely, S.J. Nicholls, S.V. Perrone, L.L. Piña, P. Ponikowski, M. Senni, D. Sim, J. Spinar, I. Squire, S. Taddei, H. Tsutsui, S. Verma, D. Vineranu, J. Zhang, P. Carson, C.S.P. Lam, N. Marx, C. Zeller, N. Sattar, W. Jamal, S. Schmeider, J.M. Schreier, M. Brueckmann, S.J. Pocock, F. Zamora, and M. Packer, for the EMPEROR-Preserved Trial Investigators*

DELIVER-Studie: Dapagliflozin bei HPpEF

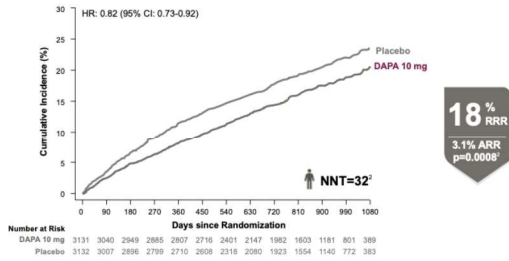


Dapagliflozin Evaluation to Improve the LIVES of Patients With PReserved Ejection Fraction Heart Failure^{1,2,3}



*Patients with an LVEF <40% were also included. ¹V. hypertrophy or LA enlargement. ²Based on Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation, including duration. ³Stratified by T2D. ⁴Left atrial diameter ≥40 mm. ⁵As defined in the protocol.

Primary Composite of CV Death, hHF or Urgent HF Visit¹



1. Solomon SD et al. Online ahead of print. *N Engl J Med* 2022; 2. Solomon SD. Presented at: ESC Congress, August 26-29, 2022, Barcelona, Spain.

Auch 2022 bleibt ein Problem: Leitliniengerechte Therapie = Polypharmazie

Herzinsuffizienz

1. ACE-Hemmer / Sartan
2. Sarcubitril/Valsartan
3. Betablocker
4. Mineralocorticoid-Antagonist
5. SGLT2 - Inhibitor
6. Ivabradin
7. Diuretikum
8. Eisensubstitution
9. Vericiguat

Die Meinung

der Geriater

Konsilien
Konsilium Altersmedizin vom 27.07.2021
 Fragestellung:
 Mitbestimmung im Rahmen Zurich POPS Heart TA/V1 70+

Beurteilung:
 Die Mobilität ist intakt. Die Handkraft ist durchschnittlich. Erhöhtes Risiko für Malnutrition. Die Kognition ist intakt. Das Delirrisiko ist leicht erhöht. Es besteht eine manifeste Gebrechlichkeit (Pat. ist frail). Keine Hinweise auf eine Depression. Die Lebensqualität ist gut. Die instrumentellen Aktivitäten des Alltags sind intakt. Die basalen Alltagsaktivitäten sind intakt. Schwere Visusminderung bei beidseitiger Makuladegeneration bds. Das Gehör ist intakt (bzw. mit einem Hörgerät versorgt). Es besteht eine Polypharmazie (>=5 regelmäßig eingenommene Substanzen). Keine relevante Medikamenten (PIMs). Es besteht kein relevantes Multimorbiditätscluster.

Vorschlag:
 • Delirprophylaxe entsprechend i.v. durchführen. Visusminderung

Makuladegeneration bds. Das Gehör ist intakt (bzw. mit einem Hörgerät versorgt). Es besteht formal eine Polypharmazie (>=5 regelmäßig eingenommene Substanzen). Keine potenziell inadäquaten Medikamente (PIMs). Es besteht kein relevantes Multimorbiditätscluster.

- Ernährung mit 1.0 - 1.2g Protein pro kg Körpergewicht pro Tag anstreben, ggf. Supplement einsetzen
- Vitamin D3 800 Einheiten pro Tag weiter
- bei bestehender Polypharmazie regelmäßig korrekte Indikationsstellung und Interaktionsprüfungen durchführen, bei potenziellen UAW weitere Massnahmen ergreifen
- Dringend Austritt in Reha-Klinik empfohlen
- Nach Rückkehr nach Hause ist die Aufnahme regelmäßigen Kraft- und Ausdauertrainings (ideal 3 x 20 min, pro Woche) empfohlen
- Verkaufskontrolle bzgl. Ernährungsstatus in 2-3 Monaten beim Hausarzt
- Geriatrische Verlaufskontrolle einmalig in der Geriatrischen Klinik St. Gallen in 3 Monaten
- Bei Delir oder anderen Problemen post-interventionell gerne jederzeit erneute Beurteilung durch uns oder Mitbetreuung möglich (JA Altersmedizin informieren, Mo-Fr 8-17h, Sa/So 9-13h Tel. 52961)

Labor vor Austritt
 C-Gabe Realtime

Vielen Dank



Uwe Grommas



Clemens Drobig



Peter Teuchmann



<http://www.museum-stgallens.ch/de/medien/knoppogramm/die-drei-von-der-bankstelle>

Die Drei von der Oberwaid



Die Oberwaid – respektvoll umsorgend