




Workshop H(e)art und Herzlich

Rheumazentrum Kreuzlingen
Dr. med. Manfred Bogdan

1

Agenda


1. Screening bei Neudiagnose am Beispiel Sklerodermie
2. Abschätzung des Risikos für Cardiovasculäre Ereignisse und Indikation für Statine am Beispiel Lupus
3. Indikation für Thrombembolieprophylaxe am Beispiel Antiphospholipidsyndrom (APS)



2

Agenda

1. Screening bei Neudiagnose am Beispiel Sklerodermie
2. Abschätzung des Risikos für Cardiovasculäre Ereignisse und Indikation für Statine am Beispiel Lupus
3. Indikation für Thrombembolieprophylaxe am Beispiel Antiphospholipidsyndrom (APS)




3

Patientenfall: Centromere hochtitrig positiv.

- Generalisierte Muskelschmerzen
- Keine Hautsymptome bis dato
- Keine Kardiopulmonalen Symptome

Aufgrund des sehr spezifischen hochtitrigen Autoantikörpers, besteht die Verdachtsdiagnose Systemische Sklerose. Wahrscheinlich noch im Initialstadium ohne voll ausgeprägtes klinisches Bild. Die klinischen Symptome und Organbefall können sich leider noch in Zukunft entwickeln. Die Muskelschmerzen könnten ein erstes Symptom sein.



4

Zwei subtypen von Systemischer Sklerose (SSc)

Limitierte systemische Sklerose (CREST)

- Limitierter Kutaner Befall an distalen Händen.
- CAVE „Misnomer“ Organbefall sehr wohl möglich
- Anti Centromer +; THO +
- oft pulmonale arterielle Hypertonie

Diffuse systemische Sklerose

- Diffuser Kutaner Befall, oft auch am Rumpf etc...
- oft Interstitielle Pneumopathie



Unsere Patientin

5

Welches Screening bei Neudiagnose?
Was würden Sie verordnen?
Welche Ergebnisse würden Sie erwarten?

- Auskultation/Klinische Untersuchung
- Labor
- EKG / 24h EKG / Belastungs EKG / Kippisch
- Herzultraschall
- Kardio-MRI
- Rechtsherzkatheter
- Spiroergometrie mit CO Diffusionskapazität

6

Kardiovaskuläre Komplikationen bei SSc

Falls eine Herzbeteiligung vorliegt: 70% Letalität innert 5 Jahren
Ca. 25% der Todesfälle bei SSc gehen auf Herzbeteiligung zurück

- **Pulmonal Arterielle Hypertonie betrifft ca. 12% der SSc**
 - Bei PAH in SSc medianes Überleben ca. 3 Jahre
- **Koronare Herzerkrankung mässig erhöht durch SSc**
 - Ca. 4.4/1000 SSc vs 2.5/1000 Normalbevölkerung trotz normaler Risikofaktoren
 - Bislang keine eindeutigen Daten für erhöhtes PAVK Risiko
- **Rechtsherzinsuffizienz aufgrund von PAH häufig**
 - Ca. 5% auch verminderte LVEF
- **Ca. 6% Letalität bei SSc durch Arrhythmien**
 - supraventrikulär und ventrikulär
 - Linksschenkelblock und AV-Block in ca. 25-30%
- **Pericarderguss bei ca. 16-30%**
 - häufiger bei limitierter Form (Exsudat: LDH > 200U/l; Erythrozyten/Serum LDH > 0.6; Erguss/Serum Protein > 0.5)

7

Auskultation / Klinische Untersuchung

- Rechtsherzinsuffizienz → Volumenüberlastung
- Gestaute Halsvenen, periphere Ödeme
- Vergrössertes Rechtsherz im Röntgen Thorax, gestaute Pulmonalvenen
- Synkopen/Präsynkopen in Anamnese? → Rhythmusstörung

8

Labor

- Blutfette, Cholesterin → Routinescreening wie bei Normalbevölkerung. Strenge Einstellung. Bislang keine separate Richtlinie
- Rechtsherzbelastung → pro BNP erhöht (kein Routinescreening)



9

EKG / Rhythmusstörungen

- Routine 12-Kanal EKG: jährlich bis alle 6 Monate
 - Suche auch nach Rechtsherzbelastung (Hauptvektor gedreht?)
 - Q-Welle häufig in präcordialen Ableitungen
- 24h EKG Screening bei Neudiagnose
 - da Rhythmusstörungen häufig nur passager auftreten. Keine präzise Empfehlung für Kontrollen
 - Cave Schwindel / Präsynkopen in Anamnese → Kipptisch
- I-Watch???



10

Herzultraschall / Rechtsherzkatheter

- Suche nach Zeichen einer PAH / Rechtsherzüberlastung
- Jährlich in den ersten 5 Jahren
- Danach je nach Risikoprofil weiter jährlich oder alle 2-3 Jahre
- Global longitudinal strain of ventricels (94)
- Jährlich Spiroergometrie mit CO Diffusionsprüfung
- Rechtsherzkatheter nicht als Routine, aber bei auffälligem Ultraschall



11

Kardio-MRI

- Keine Routine Empfehlung
- Kann z.T. sensitiver Herzbeteiligung nachweisen



12

Agenda

1. Screening bei Neudiagnose am Beispiel Sklerodermie
2. Abschätzung des Risikos für Cardiovasculäre Ereignisse und Indikation für Statine am Beispiel Lupus
3. Indikation für Thrombembolieprophylaxe am Beispiel Antiphospholipidsyndrom (APS)



13

Wann beginnen wir mit einem Statin?

NICE Guidelines

- Offer atorvastatin 20 mg for the primary prevention of CVD to people who have a 10% or greater 10-year risk of developing CVD. Estimate the level of risk using the QRISK2 assessment tool.
- For people 85 years or older consider atorvastatin 20 mg as statins may be of benefit in reducing the risk of non-fatal myocardial infarction.



14

QRISK3

QRISK3 risk calculator interface showing input fields for personal and clinical information.

About you

Age (25-84): 64
 Sex: Male Female
 Ethnicity: White or not stated
 UK postcode: leave blank if unknown
 Postcode:

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:
 Systolic blood pressure (mmHg):
 Standard deviation of at least two most recent systolic blood pressure readings (mmHg):
 Body mass index
 Height (cm):
 Weight (kg):

Clinical information

Smoking status: non-smoker
 Diabetes status: none
 Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60?
 Chronic kidney disease (stage 3, 4 or 5)?
 Atrial fibrillation?
 On blood pressure treatment?
 Do you have migraines?
 Rheumatoid arthritis?
 Systemic lupus erythematosus (SLE)?
 Severe mental illness? (this includes schizophrenia, bipolar disorder and moderate/severe depression)
 On atypical antipsychotic medication?
 Are you on regular steroid tablets?
 A diagnosis of or treatment for erectile dysfunction?

15

ClinRisk Welcome to the QRISK[®]3-2018 risk calculator <https://qrisk.org/three>

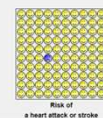
- 44 jährige Frau, 1 Gravida 1 Para, ansonsten Gesund. RR syst 125mmHg. Cholesterin 128mg/dl, HDL 43 mg/dl, LDL 85 mg/dl, Triglyceride 60mg/dl

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

1.1%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 1 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.

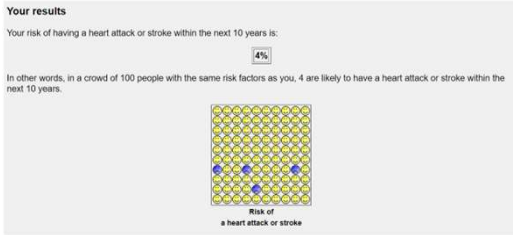


Risk of a heart attack or stroke



16

Dieselbe Patientin mit Lupus Erythematodes mit regelmässig Cortison



17

Dieselbe Patientin mit einem APS/Lupus mit regelmässig Cortison und einmaliger TIA/Cerebralen White Lesions?

Sekundärprävention mit Statinen?

18

Agenda

1. Screening bei Neudiagnose am Beispiel Sklerodermie
2. Abschätzung des Risikos für Cardiovasculäre Ereignisse und Indikation für Statine am Beispiel Lupus
3. Indikation für Thrombembolieprophylaxe am Beispiel Antiphospholipidsyndrom (APS)

19

Wie sieht es mit Aspirin/OAK bei Antiphospholipidsyndrom (APS) aus?

Recommendation

EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults

Primärprophylaxe:

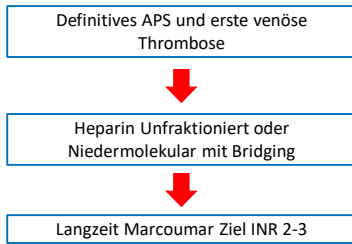
- **Lupus Antikoagulanz** 2x gemessen min. 12 Wochen auseinander
- **2 von 3** Faktoren positiv (Lupus Antikoagulanz / anti Cardiolipin / anti Beta2 Glycoprotein)
- **Alle 3** Faktoren positiv



100mg ASS

20

Sekundärprophylaxe bei APS nach klinischem Ereignis



21

Geht auch OAK anstatt Marcoumar?

- Bei APS leider nein!
- Eine Vergleichsstudie Xarelto vs Warfarin an 3xpositiven APS Patienten musste vorzeitig abgebrochen werden, weil der Xarelto Arm eine Häufung an (arteriellen) Thrombembolien hatte
- OAK nur wenn mit Marcoumar und guter Compliance keine INR 2-3 erreicht werden kann oder bei Unverträglichkeit

22

Was ist mit VHF und APS/Lupus?

Nehmen wir die vorige Patientin mit Lupus/APS und regelmässigem Cortisongebrauch: 4% Risiko (ca. 4x erhöht)

CHA₂DS₂-VASc Score for Atrial Fibrillation

Stroke Risk ^{1,2}

1. Consider stroke risk for patients with atrial fibrillation, possibly better than the CHA₂DS₂-VASc

Age	<65 0	65-74 -1	≥75 -2	Stroke/TIA/thromboembolism history	No 0	Yes +2
Sex	Female +1	Male 0		Vascular disease history (prior MI, peripheral artery disease, or aortic plaque)	No 0	Yes +1
CHF history	No 0	Yes -1		Diabetes history	No 0	Yes +1
Hypertension history	No 0	Yes -1				
				1 points		
Stroke risk was 0.6% per year in >60,000 patients (the Swedish Atrial Fibrillation Cohort Study) and 0.5% risk of Stroke/TIA/systemic embolism.						

23

Referenzen

24

Spezialfall APS und Schwangerschaft

9. In women with a history of obstetric APS only (no prior thrombotic events), with or without SLE:	9.6 (0.9)
A. With a history of ≥ 3 recurrent spontaneous miscarriages <10th week of gestation and in those with a history of fetal loss (≥ 10 th week of gestation), combination treatment with LDA and heparin at prophylactic dosage during pregnancy is recommended (2b/B).	
B. With a history of delivery <34 weeks of gestation due to eclampsia or severe pre-eclampsia or due to recognised features of placental insufficiency, treatment with LDA or LDA and heparin at prophylactic dosage is recommended considering the individual's risk profile (2b/B).	9.5 (0.8)
C. With clinical 'non-criteria' obstetric APS such as the presence of two recurrent spontaneous miscarriages <10th week of gestation, or delivery ≥ 34 weeks of gestation due to severe pre-eclampsia or eclampsia, treatment with LDA alone or in combination with heparin might be considered based on the individual's risk profile (4/D).	8.9 (1.7)