

Leitlinien-Update 2021

# Empfehlungen bei Herzklappen-Erkrankungen

Die europäischen Fachgesellschaften ESC (European Society of Cardiology) und EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery) haben ihre Leitlinien zum Management bei Herzklappen-Erkrankungen auf Basis der in jüngster Zeit durch neue Studien erweiterten Evidenz aktualisiert. Viele Empfehlungen sind neu oder wurden modifiziert.

Auf dem Gebiet der strukturellen Herz-erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahren viel getan – sowohl im Hinblick auf Transkatheter-Therapien als auch auf klappenchirurgische Interventionen. Vier Jahre nach dem letzten Update im Jahr 2017 haben die Fachgesellschaften ESC und EACTS deshalb eine erneute Aktualisierung ihrer Leitlinien zum Thema Herzklappen-Erkrankung für notwendig erachtet.

Angesichts der dynamischen Entwicklung auf den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgebieten wird in den neuen, beim virtuellen ESC-Kongress 2021 präsentierten Leitlinien besonderes

Gewicht auf die generelle Empfehlung gelegt, dass die diagnostische Abklärung, die therapeutische Entscheidungsfindung und die Behandlung von Patienten mit erworbenen Herzklappen-Erkrankungen durch ein multidisziplinäres Herzteam an spezialisierten Zentren mit hoher Expertise erfolgen sollten.

## Standardisierte Empfehlungen und Evidenzlevel bleiben

Das System standardisierter Empfehlungen, denen zufolge eine Behandlung auf Basis der verfügbaren Evidenz „empfohlen wird oder indiziert ist“ (Klasse-I-Empfehlung) oder „in Betracht gezogen

werden sollte“ (Klasse-IIa) oder „in Betracht gezogen werden kann“ (Klasse-IIb) oder „kontraindiziert ist“ (Klasse-III), wurde beibehalten, ebenso die Unterteilung der Evidenzlevel in A, B und C.

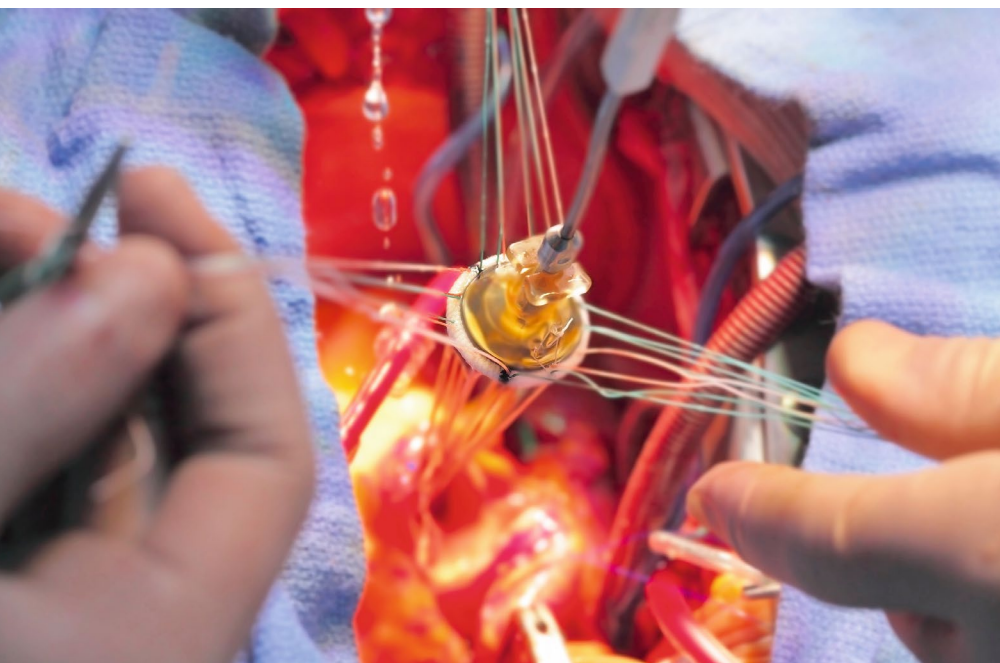
## Fokus auf asymptomatische Herzklappen-Erkrankungen

Neu in die Leitlinien aufgenommen wurden Empfehlungen bezüglich einer Intervention bei asymptomatischen Patienten mit schweren Herzklappen-Erkrankungen. Hier kommt es auf das richtige „Timing“ an: Bei zu früher Intervention könnten prozedurale Risiken den Nutzen überwiegen, bei verspäteter Intervention könnten wiederum irreversible Schäden den Therapieerfolg limitieren.

**Aortenklappen-Insuffizienz:** Im Fall einer schweren Aorteninsuffizienz wird eine Herzklappen-Operation jetzt bei asymptomatischen Patienten mit linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF)  $\leq 50\%$  oder linksventrikulärem end-systolischem Durchmesser (LVESD)  $> 50$  mm (oder  $> 25$  mm/m<sup>2</sup> Körperoberfläche als Index-Cut-off) empfohlen (Klasse-I/B). Bei Patienten mit LVESD  $> 20$  mm/m<sup>2</sup> Körperoberfläche oder LVEF  $\leq 55\%$  kann eine Operation in Betracht gezogen werden, wenn das Operationsrisiko niedrig erscheint (Klasse-IIb/C).

**Aortenklappen-Stenose:** Eine frühe Intervention wird bei asymptomatischen Patienten mit schwerer Aortenstenose und systolischer Dysfunktion (LVEF  $< 50\%$ ) empfohlen (Klasse I/B), ebenso bei asymptomatischen Patienten mit schwerer Aortenstenose und Symptomen beim Belastungstest (Klasse-I/C).

In Betracht gezogen werden sollte eine Intervention künftig bei asymptomatischen Patienten mit LVEF  $> 55\%$  und normalem Belastungstest, wenn das pro-



Ein chirurgischer Aortenklappen-Ersatz ist zuletzt bei einer zunehmenden Zahl von Patienten mit schwerer Aortenstenose zur Anwendung gekommen.

© sindok1 / stock.adobe.com

zedurale Risiko niedrig ist und Parameter wie sehr schwere Aortenstenose, schwere Klappenverkalkung oder deutlich erhöhte BNP-Werte vorliegen (Klasse-IIa/C).

Erweiterte Empfehlungen sind in den neuen ESC/EACTS-Guidelines auch im Hinblick auf asymptomatische Patienten mit primärer Mitralklappen-Insuffizienz oder mit primärer Trikuspidalklappen-Insuffizienz enthalten.

### Welche Intervention bei Aortenstenose?

Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) und chirurgischer Aortenklappen-Ersatz sind als etablierte Therapieoptionen in jüngster Zeit bei einer zunehmenden Zahl von Patienten mit schwerer Aortenstenose zur Anwendung gekommen. Beide Methoden sind in randomisierten kontrollierten Studien über das gesamte Spektrum von Patienten mit niedrigem bis hohem Operationsrisiko verglichen worden.

Die neuen Leitlinien ziehen die Altersgrenze für die Wahl der einen oder anderen Methode bei 75 Jahren. Für Patienten im Alter < 75 Jahre und niedrigem Operationsrisiko (STS-Prom/EuroSCORE II < 4%) oder bei für eine transfemorale TAVI nicht geeigneten, aber operablen Patienten wird ein chirurgischer Aortenklappen-Ersatz empfohlen (Klasse-I/B).

Eine TAVI wird dagegen bei älteren Patienten (75 Jahre oder älter) oder solchen mit hohem Operationsrisiko (STS-Prom/EuroSCORE II > 8%) sowie bei inoperablen Patienten empfohlen (Klasse-I/A).

Bei den übrigen Patienten ist entweder eine TAVI oder eine Klappenoperation in Abhängigkeit von einer sorgfältigen Betrachtung individueller klinischer, anatomischer und prozeduraler Charakteristika indiziert (Klasse-I/B).

### Primäre und sekundäre Mitralsuffizienz

In den neuen Leitlinien wird die Wichtigkeit einer ätiologischen Differenzierung zwischen primärer und sekundärer (ischämischer oder nicht-ischämischer) Mitralsuffizienz betont. Bei symptomatischen Patienten mit schwerer primärer Mitralsuffizienz wird die Bedeutung der Klappenoperation als First-Line-Methode bekräftigt – vor allem dann, wenn eine Klappenreparatur möglich erscheint.

#### Infobox 1 „informed treatment choice“

Die Leitlinien raten dazu, die vom Herzteam gegebene Behandlungsempfehlung stets mit dem Patienten zu diskutieren, damit dieser eine auf medizinischer Aufklärung gründende Wahl treffen kann (= informed treatment choice).

Bei schwerer sekundärer Mitralsuffizienz werden Klappenoperation oder die interventionelle Methode der Transcatheter Edge-to-Edge Repair (TEER) mittels Clip-Behandlung nur bei Patienten empfohlen, die trotz leitliniengerechter Therapie (einschließlich CRT, wenn indiziert) weiterhin symptomatisch sind. Die Entscheidung muss durch ein strukturiertes multidisziplinäres Herzteam getroffen werden (Klasse-I/B).

Bei ausgewählten symptomatischen Patienten sollte eine TEER in Betracht gezogen werden, wenn eine Operation nicht möglich erscheint und Kriterien erfüllt sind, die eine höhere Wahrscheinlichkeit für ein Ansprechen auf die TEER-Behandlung nahelegen (Klasse-IIa/B). Das TEER-Verfahren ist damit aufgewertet worden. Grundlage dafür bilden vor allem die positiven Ergebnisse der COAPT-Studie, die auch die zu beachtenden Prädiktoren für einen Erfolg der TEER geliefert hat.

### Antikoagulation und Schlaganfall-Prophylaxe

In großen randomisierten Studien zum Vergleich von Nicht-Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen (NOAK) und Vitamin-K-Antagonisten (VKA) bei Patienten mit Vorhofflimmern waren auch einige Patienten mit Herzklappenerkrankungen vertreten. Ebenso wie in den Gesamtkollektiven dieser Studien hat sich die Antikoagulation mit NOAK auch in den Subgruppen mit Klappenerkrankungen als vorteilhaft im Vergleich zu VKA erwiesen.

Dementsprechend werden in den neuen Leitlinien jetzt bei allen Patienten mit Vorhofflimmern und Klappenerkrankungen (Aortenstenose, Aorten- oder Mitralsuffizienz) NOAK als zu bevorzugende Antikoagulanzen zur Schlaganfall-Prophylaxe empfohlen (Klasse-I/A).

### LAA-Verschluss bei Klappenoperationen aufgewertet

Aufgewertet wurde auch der chirurgische Verschluss des linken Vorhofohrs

(LAA-Verschluss) im Rahmen von Herzklappen-Operationen bei Patienten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Schlaganfall-Risiko (CHA2DS-VASc-Score: 2 oder höher). Die Empfehlung lautet nun, dass ein zusätzlicher LAA-Verschluss bei entsprechenden Operationen künftig in Betracht gezogen werden sollte (Klasse-IIa/B).

Die Evidenzbasis für diese Empfehlung lieferte erst kürzlich die LAAOS-III-Studie. Sie hat gezeigt, dass das Schlaganfall-Risiko um rund ein Drittel gesenkt wird, wenn bei kardialen Operationen als Zusatzmaßnahme ein LAA-Verschluss durchgeführt wird.

### Management der antithrombotischen Therapie

Die neueren Studien POPular-TAVI (Kohorte A und Kohorte B) und GALILEO sind in den neuen Leitlinien bezüglich der Empfehlungen zur antithrombotischen Therapie nach TAVI berücksichtigt worden. Auf Basis ihrer Ergebnisse wird bei TAVI-Patienten, bei denen aus anderen Gründen wie Vorhofflimmern eine Indikation für eine orale Antikoagulation besteht, eine lebenslange Antikoagulation empfohlen (Klasse-I/B).

Bei Patienten ohne Indikation zur oralen Antikoagulation ist nach TAVI eine lebenslange Therapie mit einem Plättchenhemmer indiziert (Klasse-I/A).

Von einer routinemäßigen oralen Antikoagulation wird bei TAVI-Patienten ohne vorbestehende Indikation zur Antikoagulation mit Verweis auf die Ergebnisse der GALILEO-Studie explizit abgeraten (Klasse-III/B).

Peter Overbeck

Vorgestellt beim virtuellen Kongress der European Society of Cardiology (ESC) 2021, 27. – 31. August 2021

2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. European Heart Journal 2021. doi:10.1093/eurheartj/ehab395

#### Infobox 2 Aktuelle Leitlinie zum Download

Die aktuelle Leitlinie „Guidelines for the management of valvular heart disease“ finden Sie online zum Download unter: <https://go.sn.pub/esc>



© Henrik Doile / stock.adobe.com