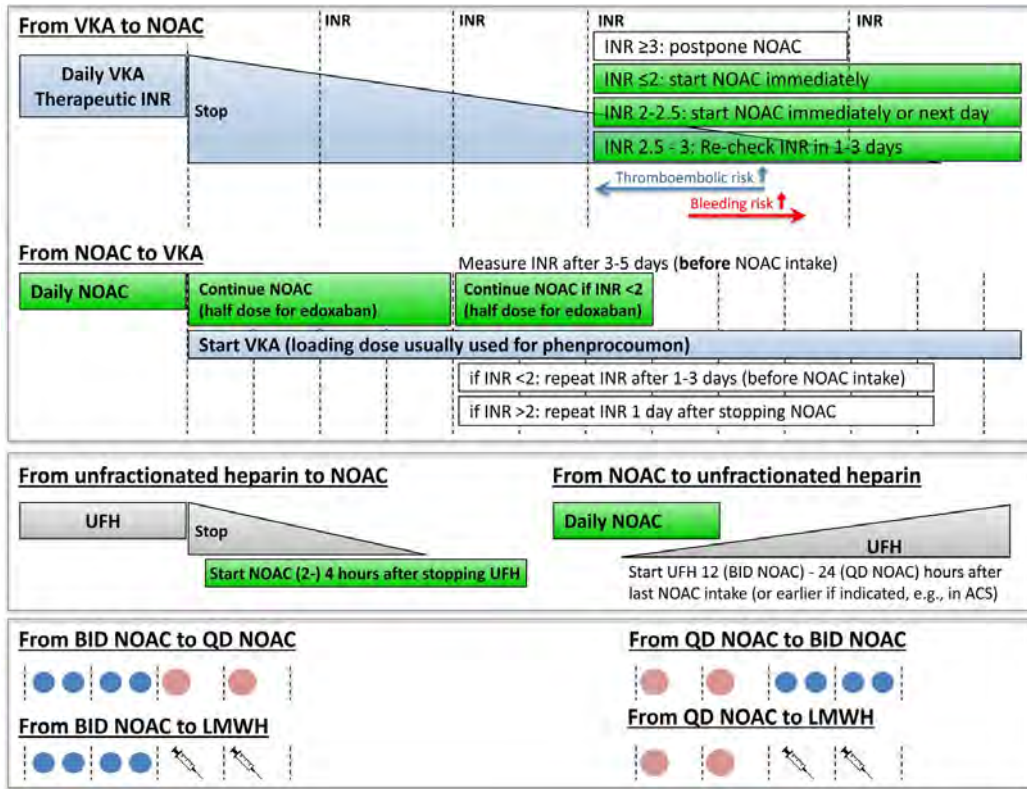


Tipps & Tricks!

Wie umstellen?





Ja, wir sollten es nach der altbewährten bayrischen Regel halten, die da besagt, never change a winning team.

(Franz Beckenbauer)

Bridging?

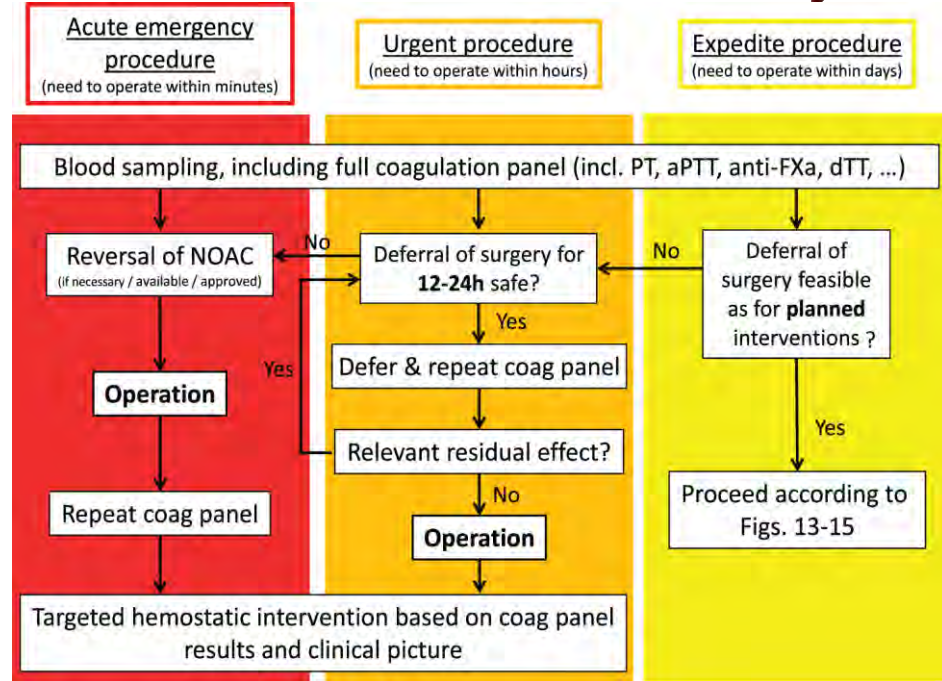
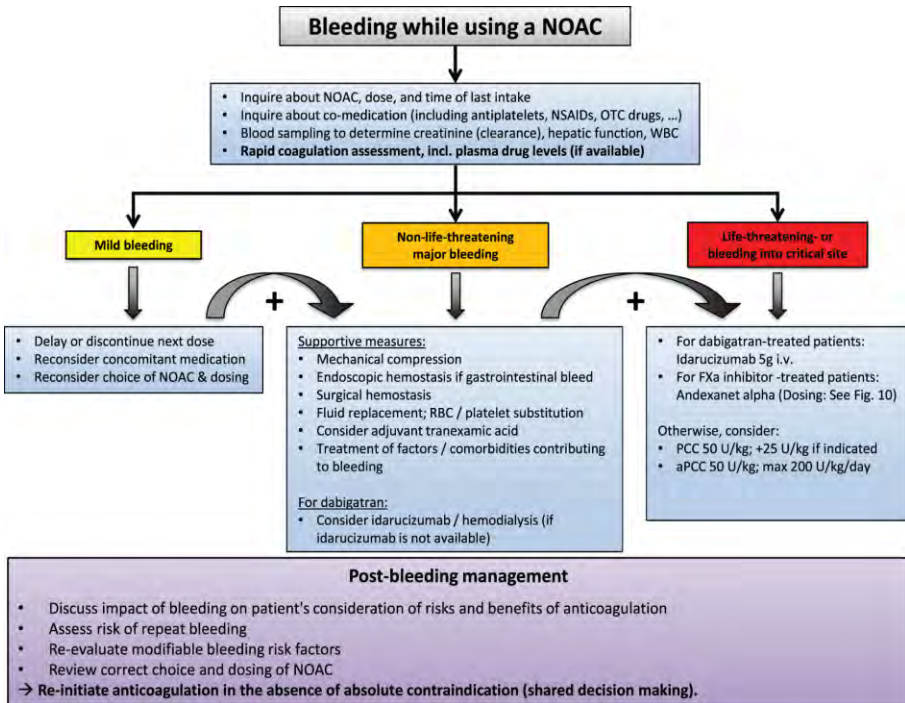


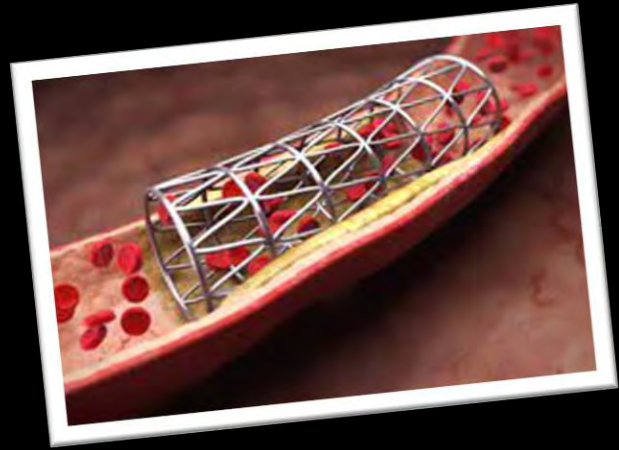
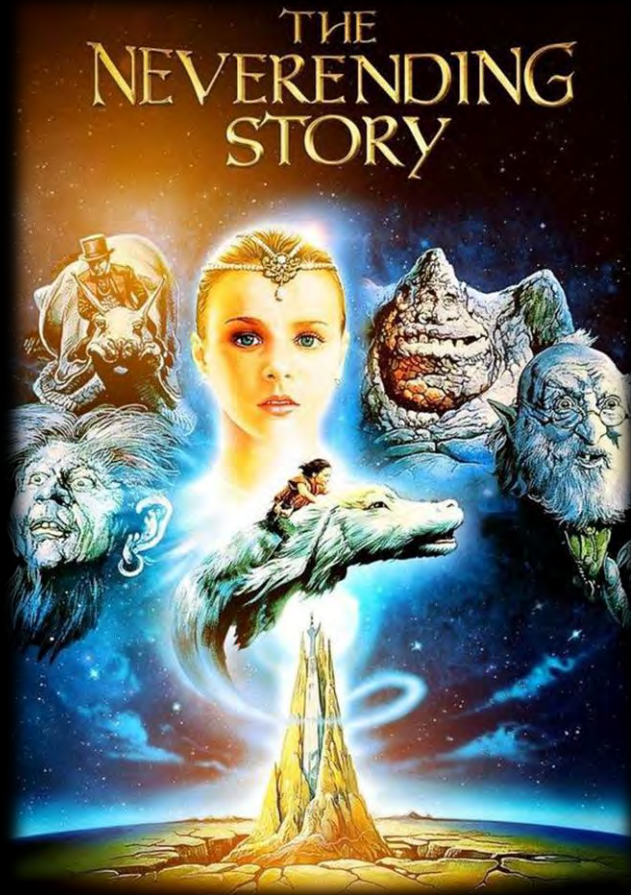
	Day -4	Day -3	Day -2	Day -1	Day of surgery	Day +1	Day +2
Minor risk	Dabi						
	Apix						
	Edo / Riva (AM intake)						
	Edo / Riva (PM intake)						
				No bridging	★ Restart ≥ 6h post surgery		
Low risk	Dabi		 (if CrCl ≥ 30*)	 (if CrCl ≥ 50*) (if CrCl ≥ 80*)			
	Apix						
	Edo / Riva (AM intake)						
	Edo / Riva (PM intake)						
				No bridging	★		
High risk	Dabi	 (if CrCl ≥ 30*)	 (if CrCl ≥ 50*) (if CrCl ≥ 80*)	No bridging (heparin / LMWH)			
	Apix			Consider plasma level measurements (in special situations **)			
	Edo / Riva (AM intake)			No bridging			
	Edo / Riva (PM intake)			No bridging			
					★	Consider prophylactic dose	
					★	postoperative heparin as per hospital protocol	
					★	Restart ≥ 48h (~72h) post surgery	

Important: Timing of interruption may require adaptation based on individual patient characteristics (Fig. 13)



Blutungsmanagement

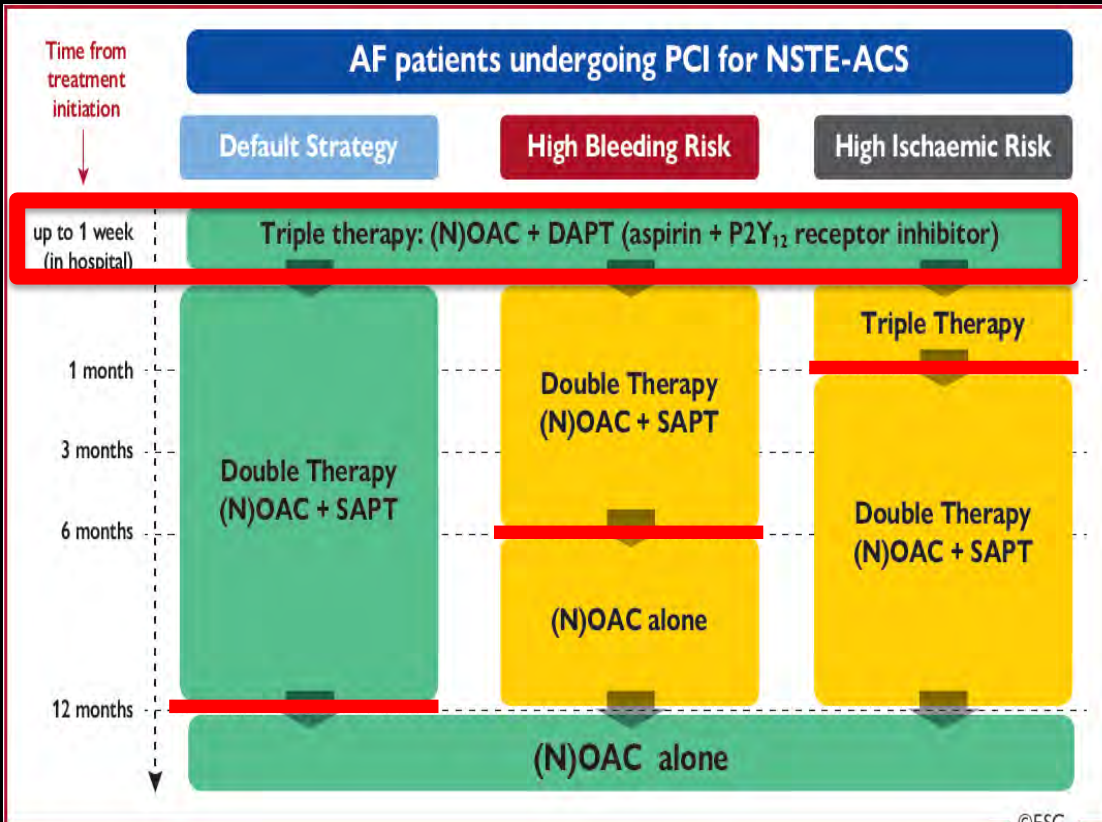




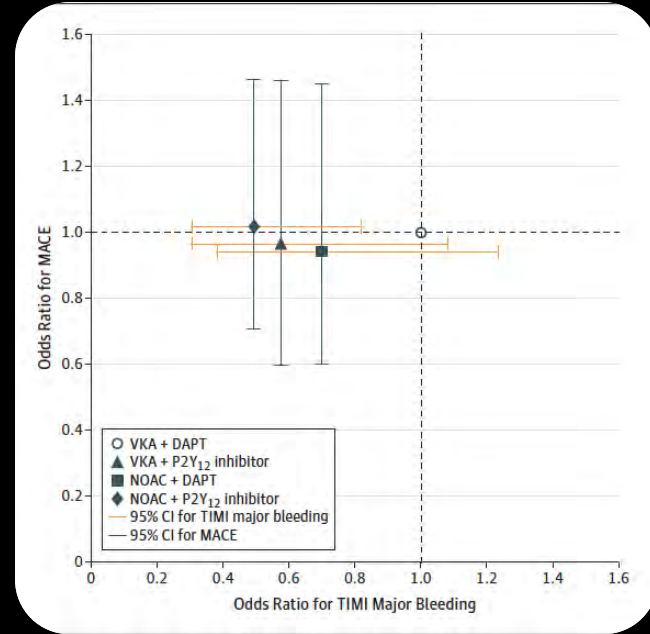
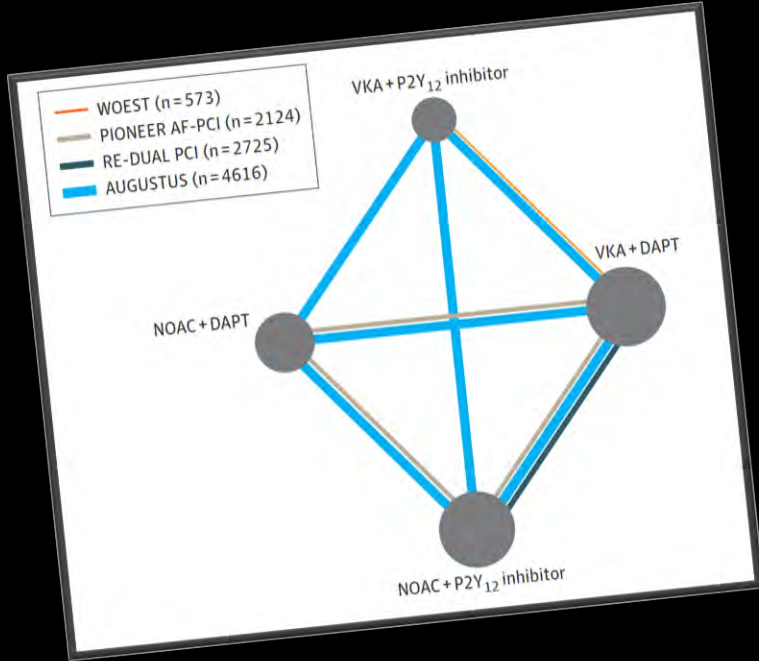
&



Was gibt's Neues zur Kombination von **OAC** mit Plättchenhemmern?



NOAC haben Vorteile gegenüber VKA!



When oral anticoagulation is initiated in a patient with AF who is eligible for a NOAC,^f a NOAC is recommended in preference to a VKA.^{299–301,308–311}

I

A

European Heart Journal 2020; 41: 407-477.

JAMA Cardiol. 2019;4(8):747-755.



= DIE STRATEGIE!

In patients who are eligible for a NOAC, it is recommended that a NOAC (apixaban 5 mg b.i.d., dabigatran 150 mg b.i.d., edoxaban 60 mg o.d., or rivaroxaban 20 mg o.d.)^f is used in preference to a VKA in combination with antiplatelet therapy.^{300,301,308,310,311}

I

A

When rivaroxaban is used and concerns about high bleeding risk^a prevail over concerns about stent thrombosisⁿ or ischaemic stroke,^g rivaroxaban 15 mg o.d. should be considered in preference to rivaroxaban 20 mg o.d. for the duration of concomitant single or dual antiplatelet therapy.^{300,301,308,310}

IIa

B

When dabigatran is used and concerns about high bleeding risk^d prevail over concerns about stent thrombosis^h or ischaemic stroke,^g dabigatran 110 mg b.i.d. should be considered in preference to dabigatran 150 mg b.i.d. for the duration of concomitant single or dual antiplatelet therapy.^{300,301,308}

IIa

B

DOUBLE ODER TRIPLE ???

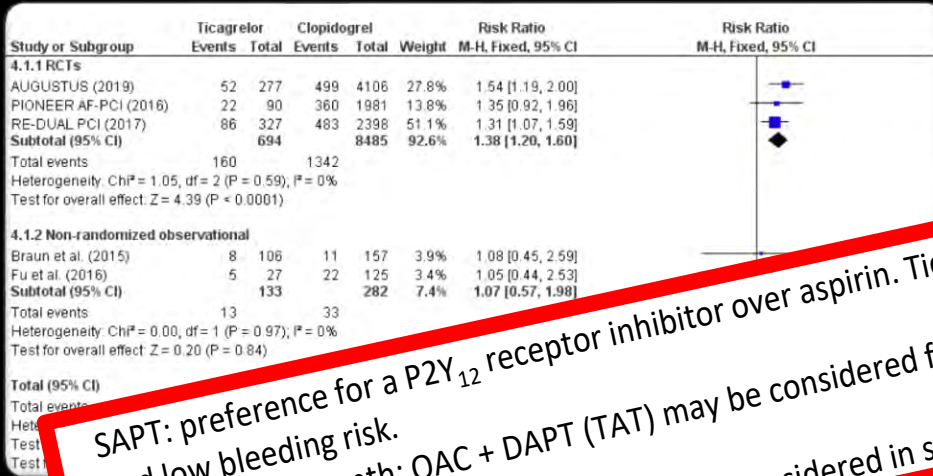
(D) Stent thrombosis

Study or Subgroup	Double therapy		Triple therapy		Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Lopes et al (AUGUSTUS)	21	2307	11	2307	47.1%	
Cannon et al (REDUAL PCI)	22	1744	8	981	29.1%	
Gibson et al (PIONEER AF PCI)	5	694	1	694	13.8%	
Total (95% CI)						
Total events						
Heterogeneity: I ² =0.00; Tau ² =0.00; I ² =0.00; H ² =1.00; P=0.99; Test for heterogeneity: chi-square=0.00, df=2, P=0.99, I ² =0.00; Test for overall effect: Z=0.00, P=1.00						

Nur bei sehr hohem Ischämie-Risiko!

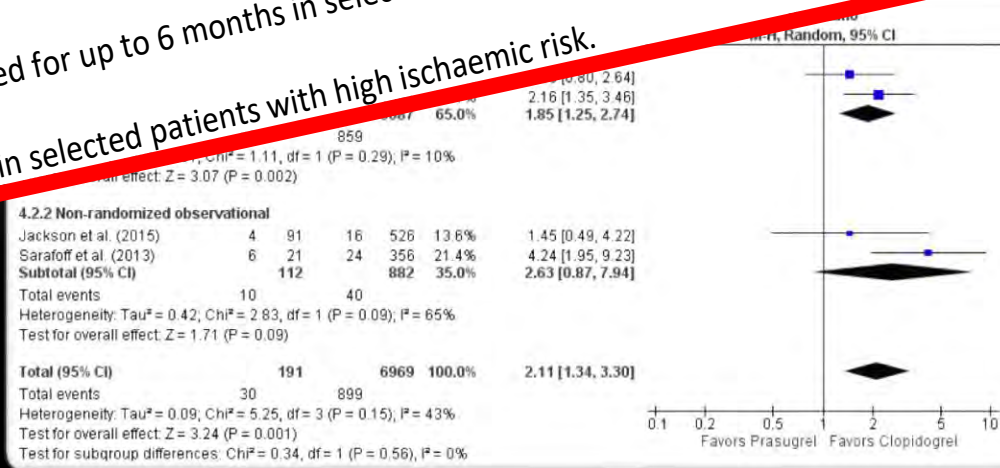
After... dogle... cerns a...	...AC and clopi- ...at bleeding risk prevail over con- ...stent used. 301,308–310	Ila	B
Triple t... bosis ^h o... and clearly specified at hospital discharge.	...AC for ≥1 month should be considered when the risk of stent throm- ...g risk, with the total duration (≤6 months) decided according to assessment of these risks	Ila	C

Sind die „neuen“ P2Y12- Hemmer eine Option?



SAPT: preference for a P2Y₁₂ receptor inhibitor over aspirin. Ticagrelor may be considered in patients with high ischaemic risk and low bleeding risk.
 Treatment >1 month: OAC + DAPT (TAT) may be considered for up to 6 months in selected patients with high ischaemic risk (IIa C).
 Treatment >12 months: OAC + SAPT may be considered in selected patients with high ischaemic risk.

Lupercio F, et al. Heart 2020;0:1–9.



European Heart Journal, ehaa612, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Disclaimer: „Es existieren keine direkten Vergleichsstudien/RCTs der NOACs, daher sollten hier keine direkten Vergleiche vorgenommen werden.“

**Was tun, wenn
OAC wirklich
nicht geht?**

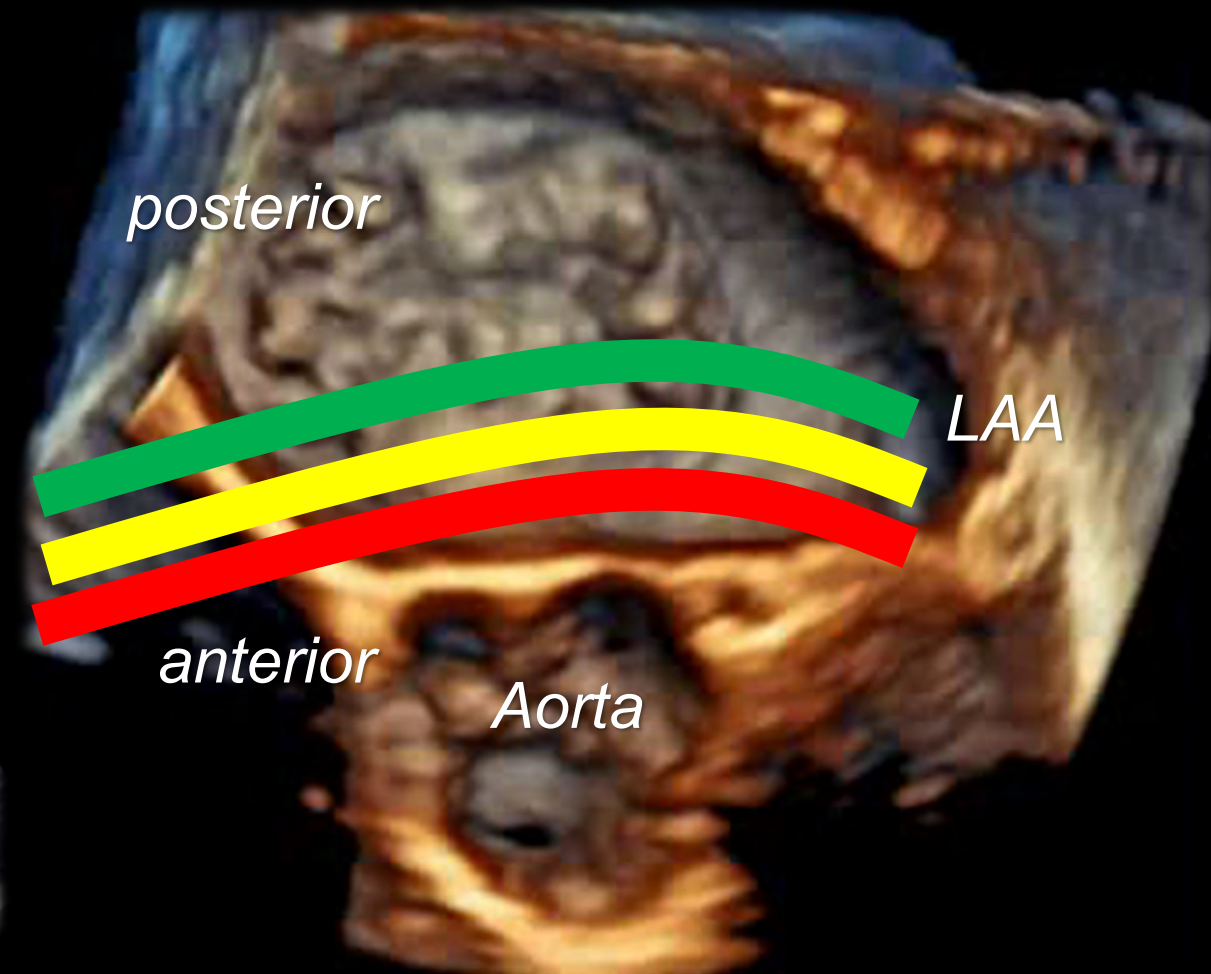
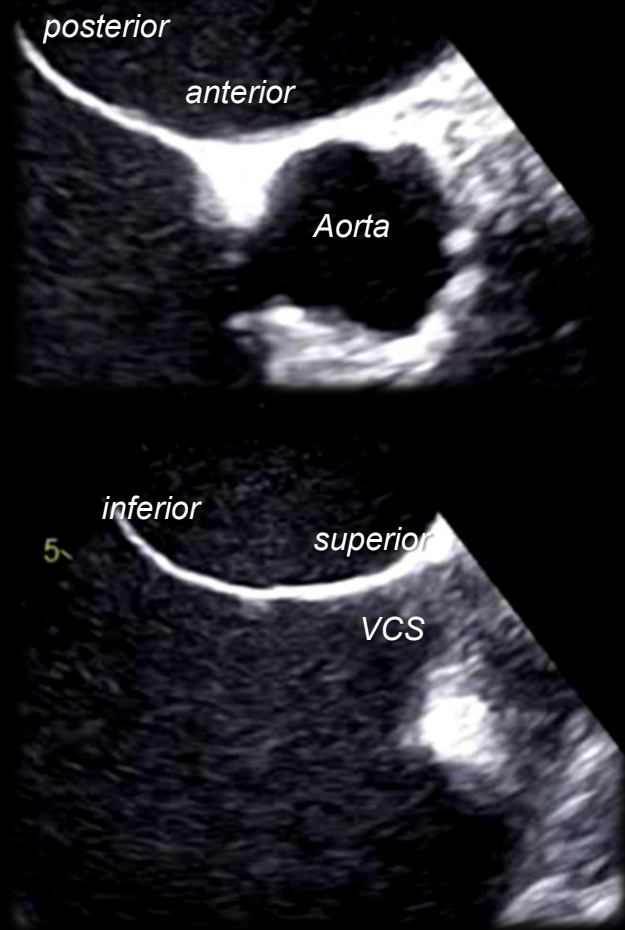


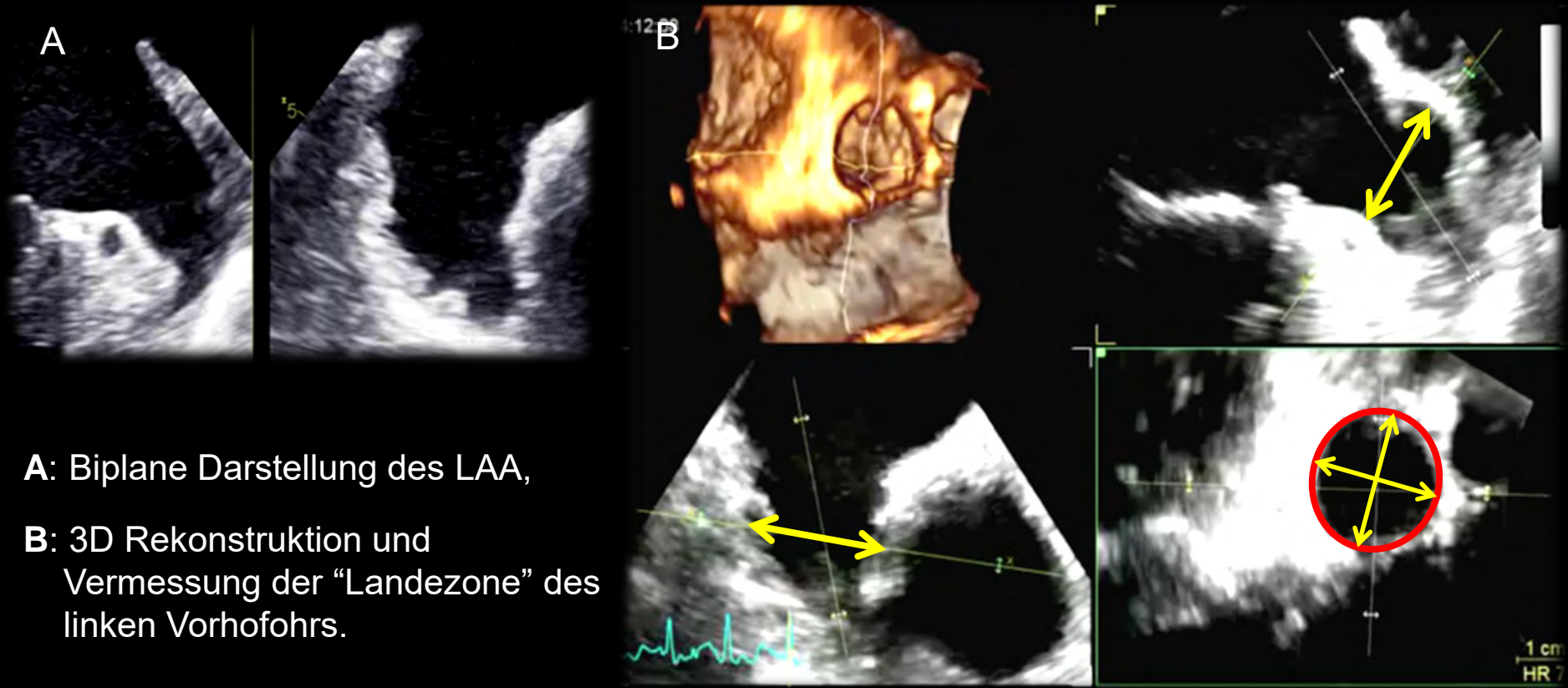
Wenn alle Stricke reißen

ESC 2020

Recommendations for occlusion or exclusion of the LAA	Class	Level
LAA occlusion may be considered for stroke prevention in patients with AF and contraindications for long-term anticoagulant treatment (e.g. intracranial bleeding without a reversible cause).	IIb	B
Surgical occlusion or exclusion of the LAA may be considered for stroke prevention in patients with AF undergoing cardiac surgery.	IIb	C
Antiplatelet therapy alone (monotherapy or aspirin in combination with clopidogrel) is not recommended for stroke prevention in AF.	III	A

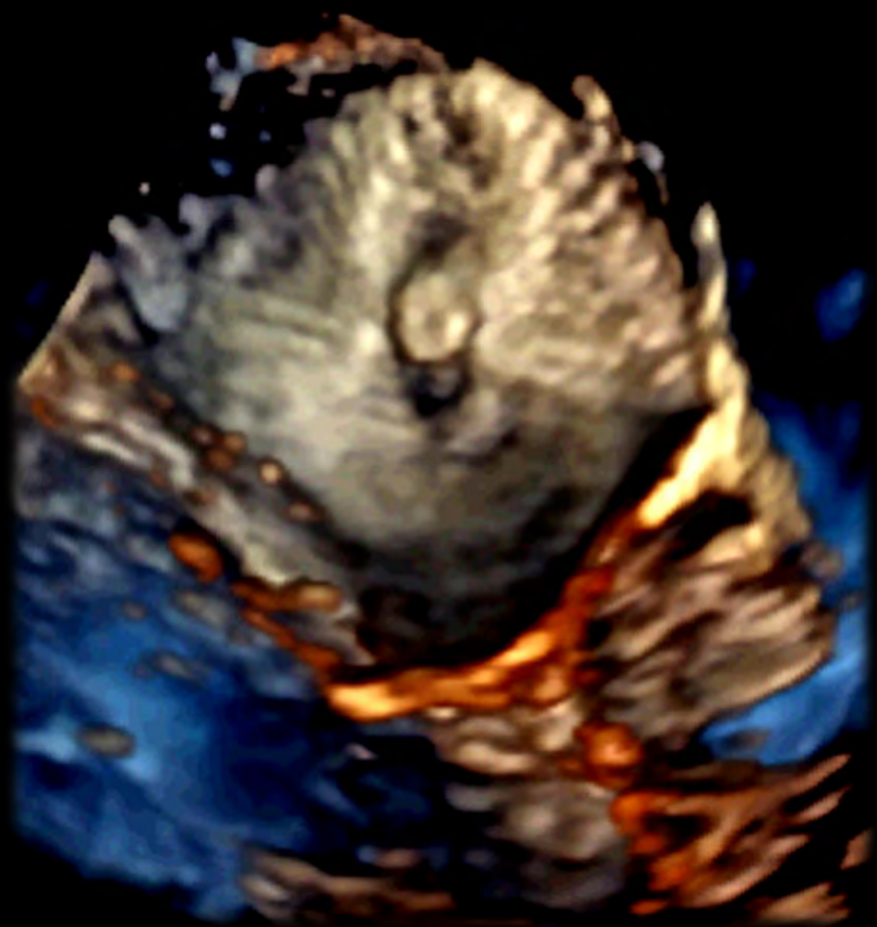
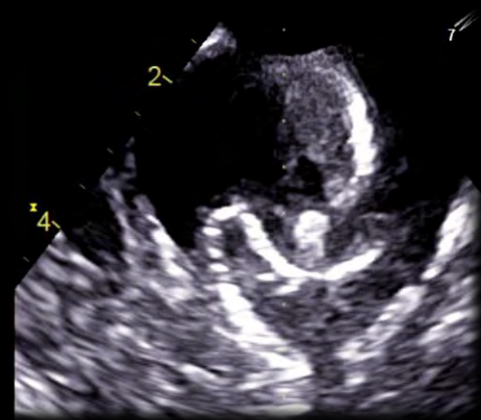
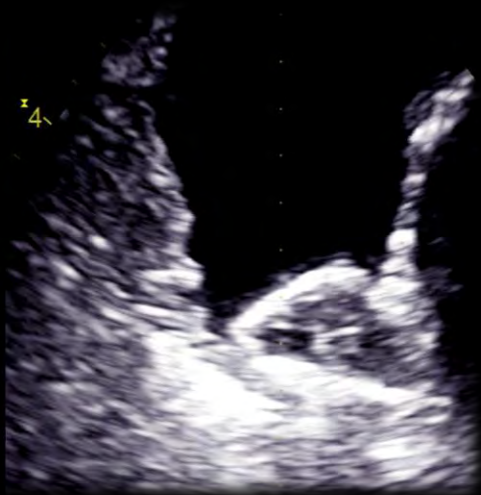
European Heart Journal, ehaa798.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa798>





A: Biplane Darstellung des LAA,

B: 3D Rekonstruktion und Vermessung der "Landezone" des linken Vorhofohrs.



Evidenz (bis 2020)

LAAC

C



Placebo

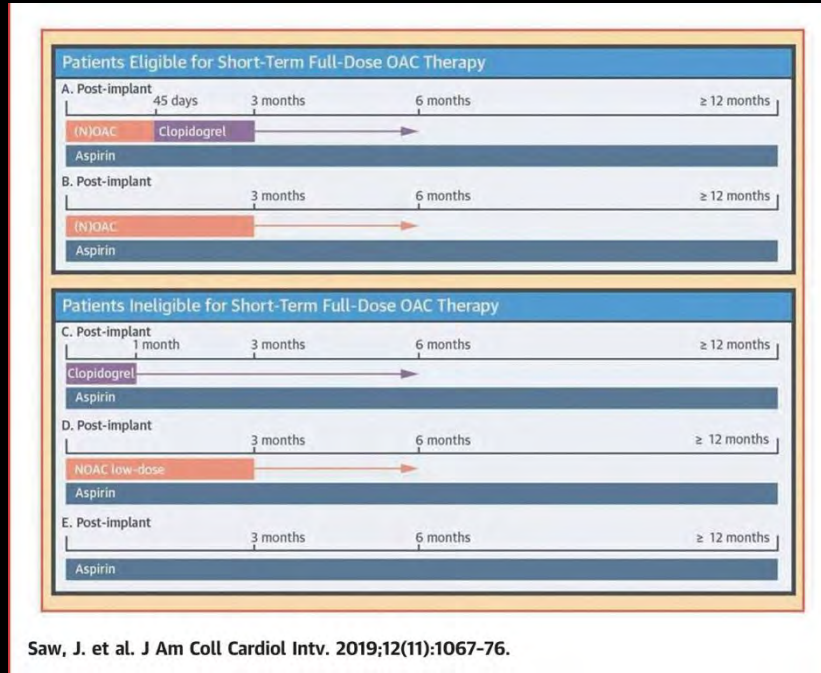
VKA



Eigentlich eine gute Therapie...

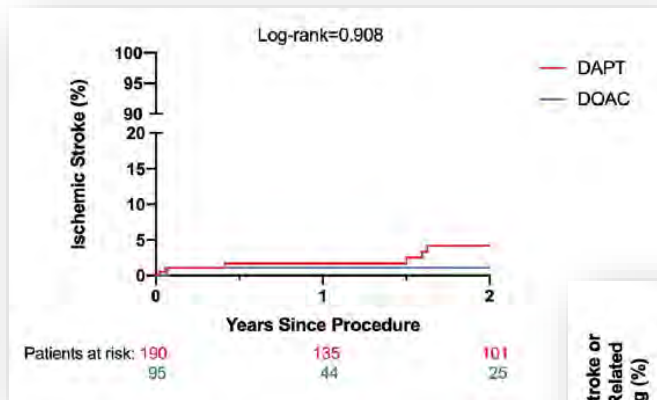
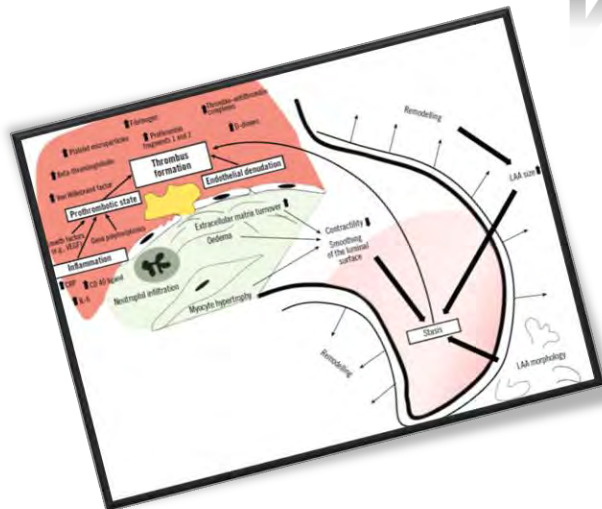
Die Frage ist nur:

Wie nachbehandeln?



Saw, J. et al. J Am Coll Cardiol Interv. 2019;12(11):1067-76.

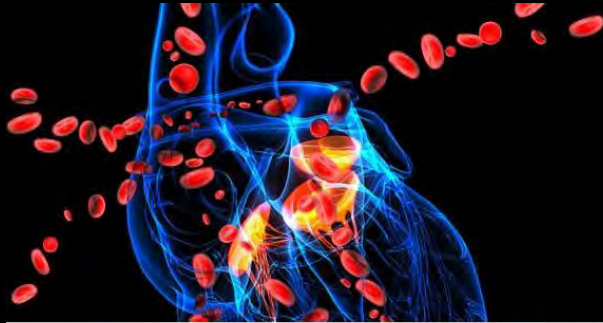
NOAC vs DAPT



Kein Unterschied?

Zusammenfassung

- **NOACs sind der Standard** für die Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Apoplexrisiko!
- Die praktischen Erfahrungen der letzten Jahre ermöglichen eine **individualisierte Therapie**, angepasst an modifizierende Faktoren.
- **Dennoch gibt es Situationen & komplexe Konstellationen, die eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfordern, ohne klar definierte Standards!**
- **Es bleibt ein spannendes Thema!** In manchen überlappenden Indikationen ändern sich die Empfehlungen oder werden angepasst.



Zuweiserportal



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir möchten Sie auf dieser Seite regelmäßig

Ansprechpartner



Prof. Dr. med. Hammerstingl

Chefarzt für Innere Medizin,
Kardiologie und Internistische
Intensivmedizin, Interventionelle
Kardiologie DGK,
Herzinsuffizienz DGK,
Sportkardiologie Stufe I DGK,
Hypertensiologie DHL, Spezielle

Informieren Sie sich über Aktuelles aus der

Kardiologie. Wir stellen Ihnen Informationsmaterial zu verschiedenen Themen zur Verfügung und weisen regelmäßig auf aktuelle und geplante Veranstaltungen hin.

Wenn Sie eine Veranstaltung verpasst haben, dann bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich **ausgewählte Vorträge** auch im Nachhinein noch anzusehen.

Dieser Bereich wird regelmäßig aktualisiert, Inhalte werden ausgewechselt und veraltete Inhalte auch gelöscht. Bitte haben Sie dafür Verständnis, wenn die eine oder andere Information auch einmal verloren geht.

Haben Sie Fragen zu Inhalten oder Themen dieser Seite, dann stehen Ihnen unsere Experten jederzeit gerne zur Verfügung. Sprechen Sie uns an!

0221 8274-6545

☎ 0221/ 8274 -2292

→ [Ansprechpartner kontaktieren](#)

Vielen Dank!

[Spannende Fälle aus dem Herzkatheterlabor](#) +

[Fallbeispiele](#) +

[Vorträge](#) +