

Management & Krankenhaus

Zeitung für Entscheider im Gesundheitswesen

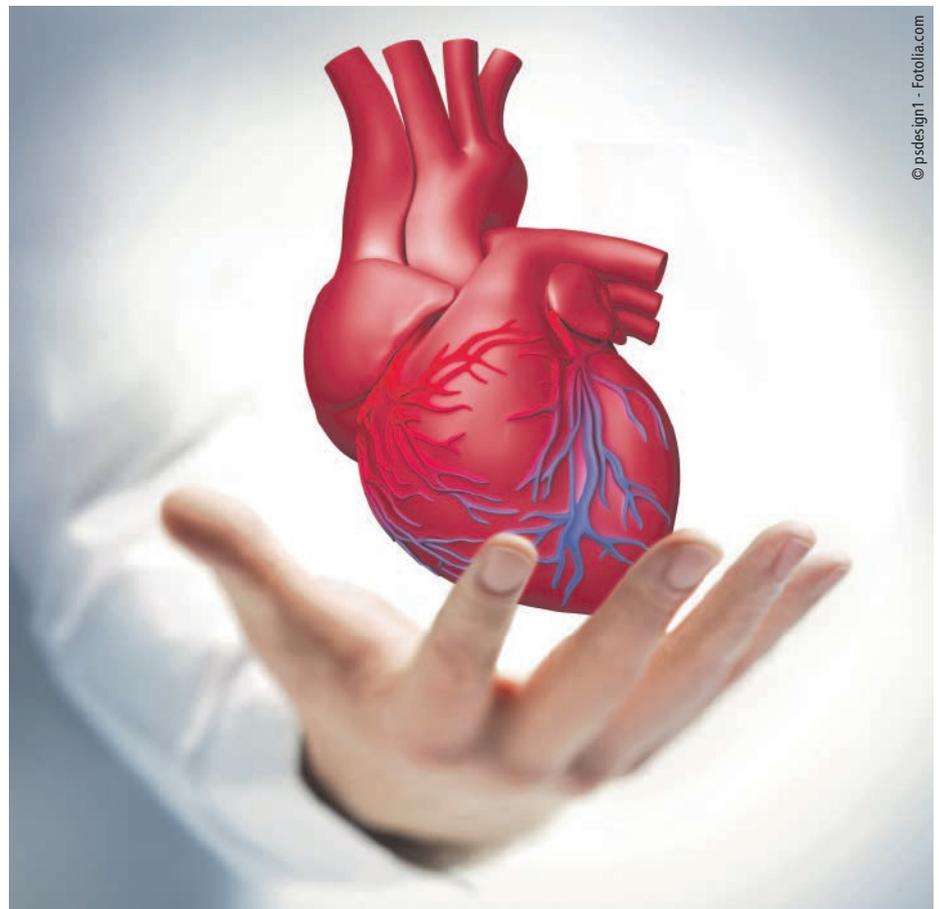
WILEY

Optimierung der Herzinsuffizienztherapie

Die LifeVest Defibrillatorweste ermöglicht eine Optimierung der Herzinsuffizienztherapie bei gleichzeitigem PHT-Schutz.

Auf dem Zoll Symposium im Rahmen der 85. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie bewies die LifeVest Defibrillatorweste (WCD), dass sie als essenzieller Baustein im Management von Patienten mit hohem Risiko für den plötzlichen Herztod (PHT) angekommen ist. Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Stephan Achenbach, Universitätsklinikum Erlangen, und Prof. Dr. Dietmar Bänsch, KMG Klinikum Güstrow, diskutierten die Teilnehmer neben der PHT-Schutzfunktion des WCD seine wachsende Bedeutung für die Risikostratifizierung und langfristige Therapieentscheidung.

Priv.-Doz. Dr. Christian Veltmann, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), lenkte den Blick auf die aktuellen Leitlinienempfehlungen zur primärprophylaktischen Versorgung mit einem implantierbaren Cardioverter-Defibrillators (ICD). Diese sehen Wartezeiten von sechs Wochen bei ischämischer Ätiologie (IA-Empfehlung) und von mindestens drei Monaten bei nicht-ischämischer Ätiologie (IB-Empfehlung) vor, nach jeweils optimierter pharmakologischer Therapie. Während dieser Wartezeiten, so Dr. Veltmann, bestünde ein hohes Risiko für den plötzlichen Herztod. Durch die großen Studien DINAMIT und IRIS wisse man außerdem, dass ein früh nach Myokardinfarkt (MI) implantierter Defibrillator keinen Vorteil bringe. Zusätzlich zweifelte er an, dass die Herzinsuffizienztherapie in allen Fällen nach drei Monaten optimiert sein könne. Dr. Veltmann stellte deshalb die Frage: Sollten wir nicht länger warten, um die Vorgaben der



© psdesign1 - Fotolia.com

Leitlinien zur optimierten Herzinsuffizienztherapie erfüllen zu können?

Welche Rolle der WCD in diesem Zusammenhang spielen kann, erläuterte Dr. Veltmann mit Verweis auf eigene Studiendaten. In der jüngst veröffentlichten Prolong-Studie wurde die MHH-Behandlungsstrategie bei Patienten mit neudiagnostizierter Herzinsuffizienz und einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 35\%$ untersucht. Das Protokoll sah vor, diese Patienten regelhaft für drei Monate mit einem

WCD zu versorgen, unabhängig von der Diagnose nicht-ischämischer (NICM) oder ischämischer Kardiomyopathie (ICM). Nach Ablauf der drei Monate wurde die LVEF erneut evaluiert: Bei einer Verbesserung der LVEF über 35% wurde kein ICD implantiert, und die Patienten wurden in die routinemäßige Nachsorge überführt. Bei den übrigen Patienten, deren LVEF bei höchstens 35% lag, wurde eine Risikostratifizierung vorgenommen: Lag die LVEF zwischen $30\text{--}35\%$ oder lag eine Verbesserung der LVEF um mindestens

5% in den vergangenen drei Monaten vor oder war noch keine Optimierung der Herzinsuffizienz-Medikation erfolgt, wurde die WCD-Tragezeit um weitere drei Monate verlängert.

Die Ergebnisse von insgesamt 156 im Rahmen von Prolong untersuchten Patienten zeigen, dass 42% der Patienten die Defibrillatorweste nach drei Monaten abgeben konnten, ohne dass ein ICD erforderlich war. Von den übrigen, risikostrafitizierten Patienten konnten im Follow-up nach 6-monatiger Tragezeit nochmals weitere 19% der Patienten ihre LVEF über die 35% verbessern, sodass sie keinen ICD erhielten. Damit, so Dr. Veltmann, ermögliche der WCD eine Optimierung der Herzinsuffizienztherapie bei gleichzeitigem Schutz vor dem plötzlichen Herztod.

Die Prolong-Studiengruppe analysierte außerdem die VT-/VF-Belastung der Subgruppe von NICM-Patienten. Von den 117 neu diagnostizierten NICM-Patienten der Studie hatten zehn Patienten insgesamt zwölf VT-/VF-Ereignisse, die in neun Fällen mit einem adäquaten Schock durch den WCD beendet wurden und in drei Fällen hämodynamisch stabil waren. Der überwiegende Teil der Ereignisse fand in den ersten 90 Tagen statt. Es wurden aber auch Ereignisse festgestellt, die 120 bis 170 Tage nach Diagnose auftraten.

PHT-Risiko bei Myokarditis

Dr. Torsten Konrad, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, sprach

über das PHT-Risiko bei Myokarditis. Wenn auch keine seltene Erkrankung, so Dr. Konrad, sei bei der Myokarditis auch nach Sichtung der Studienlage vieles ungeklärt: Es gebe keine belastbaren Daten zur Inzidenz, die Diagnose sei alles andere als banal, die Verlaufsformen seien heterogen je nach Ätiologie. Die Einschränkung der LVEF sei darüber hinaus kein verlässliches Kriterium. Eine vollständige Ausheilung werde bei ca. 70% der Fälle erreicht. Dabei sei zu beachten, dass die Myokarditis eine arrhythmogene Erkrankung sei, die ein temporär erhöhtes PHT-Risiko mit sich bringe. Damit sei die Myokarditis ein geradezu ideales Einsatzgebiet für den WCD. Dies spiegelt sich auch in der IIA-Empfehlung der Fachgesellschaften wider.

Um diese Zusammenhänge näher zu erforschen, wurden im prospektiven Mainzer Myokarditis-Register 50 Patienten mit einer gesicherten Myokarditis-Diagnose konsekutiv eingeschlossen (im Alter von 18 bis 80 Jahren), unabhängig von der LVEF und unabhängig von der klinischen Präsentation. Allen Patienten wurde für mindestens drei Monate eine Defibrillatorweste verordnet. Die Tragedauer betrug in den meisten Fällen sechs Monate, da im ersten Follow-up nach drei Monaten allenfalls eine Tendenz zur Ausheilung zu erkennen war.

Das Patientengut wies überwiegend junge Menschen auf (im Mittel 40,3 Jahre), 71% waren Männer. Die Symptomatik bei Vorstellung waren überwiegend thorakale Beschwerden (71%),

gefolgt von Dyspnoe (60%), weniger häufig Fieber 30%, Palpitationen (20%), jeweils drei Patienten mit überlebtem PHT und Synkopen. In drei Viertel der Fälle war das EKG auffällig.

Im MRT lag die mittlere LVEF bei 49%: Keinerlei Einschränkungen der LVEF hatten 60% der eingeschlossenen Patienten, eine mittelgradig eingeschränkte LVEF hatten 22% der Patienten, und eine hochgradig eingeschränkte LVEF unter 35% wiesen 18% der Patienten auf.

Während der Tragedauer des WCD hatten sechs Patienten ventrikuläre Arrhythmien, die bei fünf Patienten durch einen adäquaten Schock der Defibrillatorweste beendet wurden, die sechste Patientin war bei Bewusstsein und hatte den Behandlungsschock aktiv bis zur Selbstterminierung unterdrückt. Alle sechs Patienten hatten eine leicht- bis höhergradige Einschränkung der LVEF. Besonders interessant sei, so Dr. Konrad, dass bei drei der sechs Patienten kurz zuvor eine Immunsuppression begonnen worden war. Dies könnte ein Hinweis auf eine arrhythmogene Wirkung der Immunsuppressiva sein.

Die Frage, die man sich in Mainz stelle, sei nicht, ob der Myokarditis-Patient einen WCD brauche, sondern wie lange er ihn brauche, führte Dr. Konrad aus. In Mainz werden Myokarditiden mit hoch- und mittelgradig eingeschränkter LVEF mit einem WCD geschützt. | <http://lifevest.zoll.com>

