



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2006

Wann kann auf einen ICD verzichtet werden – Wer ist zu krank für einen ICD?

Prof. Dr. Dr. h.c. Berndt Lüderitz, Bonn

Donnerstag, 20. April 2006 (Saal 1), 8 – 9.30 Uhr

Während die Indikationen zur Therapie mit dem implantierbaren Cardioverter/Defibrillator (ICD) aufgrund zahlreicher Studien seit Jahren etabliert sind, finden sich nur wenige Angaben zu Patienten, die nicht für einen ICD in Frage kommen. Keineswegs selten stellt sich die Frage: Wann kann bei einem Patienten mit ventrikulären Rhythmusstörungen auf einen ICD verzichtet werden – wer ist zu krank für ein derartiges Therapiesystem? Sicherlich sollte von einem ICD bei Patienten Abstand genommen werden, deren Krankheitsbild nicht als gravierend einzustufen ist. Wenn keine Kammertachykardien oder -arrhythmien erwartet werden und keine Gefahr für einen plötzlichen (arrhythmogenen) Herztod besteht, ist ein ICD zweifellos verzichtbar. Insofern kommt der Identifikation und Stratifikation gefährdeter Patienten entscheidende Bedeutung zu. Determinierend sind die Prognose und das kardiale Grundleiden sowie die funktionellen und strukturellen Schädigungen des linken Herzens.



Prof. Dr. Berndt Lüderitz

Erst jüngst wurde nachgewiesen, dass sich die Rückbildung des strukturellen Remodelings bei ischämisch-bedingter Herzinsuffizienz günstiger entwickelt als bei nicht-ischämischer Genese (Sutton et al., 2006). Die Ätiologie des Herzleidens bestimmt demnach auch den potenziellen therapeutischen Nutzen einer ICD-Therapie. Das gilt besonders für die kardiale

Resynchronisationstherapie (CRT). Alter, Geschlecht, Herzfrequenz und QRS-Dauer (sowie andere nicht-invasive elektrophysiologische Parameter) sind ebenso prognostisch bestimmend wie enddiastolisches und endsystolisches Volumen sowie ernste Begleiterkrankungen. Es kommt also darauf an, vor der Indikationsstellung für einen ICD, die Prognose-bestimmenden Messgrößen zu erfassen und zu evaluieren, um „Fehlimplantationen“ zu vermeiden. Eine schwere Herzinsuffizienz entsprechend der Klasse IV (nach NYHA) determiniert beziehungsweise limitiert den Krankheitsverlauf entscheidend.

Bei Patienten mit dilatativer Kardiomyopathie (DCM) zeigt sich in den expliziten DCM-Studien kein signifikanter Vorteil einer ICD-Therapie (CAT, AMIOVERT, DEFINITE). Nach den Ergebnissen der DINAMIT-Studie ergeben sich keine Präferenzen für die primärprophylaktische ICD-Therapie im (sub-) akuten Infarktstadium. In dieser prospektiven randomisierten internationalen Multizenterstudie (DINAMIT = Defibrillators in Acute Myocardial Infarction Trial) waren Patienten sechs bis 40 Tage nach akutem Herzinfarkt mit einer linksventrikulären Auswurffraktion um oder unter 35 Prozent und einer gestörten kardialen autonomen Regulation (reduzierte Herzfrequenzvariabilität oder erhöhter 24-h-Herzfrequenz) eingeschlossen worden. Die Resultate weisen darauf hin, dass der ICD die Sterblichkeit vom arrhythmogenen Tod hin zum nicht-arrhythmogenen Tod bei Patienten im subakuten Infarktstadium verlagert, gemäß der so genannten Konversionshypothese. Daraus ergibt sich, dass nicht jeder Patient mit einer erniedrigten Ejektionsfraktion einen implantierbaren Cardioverter/Defibrillator erhalten sollte.

Koronarkranke, die einen negativen Microvolt-T-Wellen-alternans-Test und eine niedrige Auswurffraktion (30 Prozent und weniger) aufweisen, dürften ebenfalls nicht von einem Defibrillator profitieren (Hohenloser et al. 2003).

Die linksventrikuläre Auswurffraktion eignet sich demnach nicht als idealer oder alleiniger Parameter der Risikostratifikation, um eine sinnvolle ICD-Therapie zu begründen. Die Mortalität der Patienten wird durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren beeinflusst, denen eine ähnliche Relevanz wie der linksventrikulären Dysfunktion zukommt. Notwendig erscheint eine Kombination aussagefähiger Parameter, die der individuellen Situation des Patienten Rechnung tragen. Es bedarf anderer – gegebenenfalls neuer – Instrumente für Patienten mit einer Auswurffraktion unter 30 Prozent – aber auch über 30 Prozent – um den Nutzen einer ICD-Therapie zu maximieren.

Wann kann auf einen ICD verzichtet werden?
- Prognosebestimmende Parameter –

- Alter > 80 J.
- Geschlecht
- Herzfrequenz
- AF-Anamnese
- QRS-Dauer > 120 ms
- Spätpotentielle, TWA, HRV, TS
- LVEF < 35 %
- Enddiastolisches, endsystolisches Volumen
- Kardiales Grundleiden
(ischämisch – nicht-ischämisch)
- Koronare Herzkrankheit
- Niereninsuffizienz (Kreat. > 1,8 mg/dl)
- Schwere psychiatrische oder neurologische Erkrankung
- Refraktäre Herzinsuffizienz (NYHA III, IV)
- Myokardversagen als Auslöser einer ventr. Tachyarrhythmie
- Schwere Begleitkrankheiten
- Terminales Organleiden (Lebenserwartung ≤ 6 Mo.)

Bei diesen Befunden und Erkrankungen sollte man ganz auf einen ICD verzichten.

DINAMIT: Mortalität				
Mortalität	ICD Todesfälle (n)	Kontrollgruppe Todesfälle (n)	HazardRatio	P
Gesamt- mortalität	62	58	1,08	0,66
Rhythmustod	12	29	0,42	0,0094
Nicht-arrhyth- mischer Tod	50	29	1,75	0,016

DINAMIT: kein Überlebensvorteil mit ICD; N Engl J Med 2004; 351:2481-8

Der ICD verlagert die Sterblichkeit vom arrhythmogenen Tod hin zum nicht-arrhythmogenen Tod bei Patienten im subakuten Infarktstadium – gemäß der so genannten Konversionshypothese.