

Grippeimpfung verlängert Leben von Herzinsuffizienz-Patienten

In Deutschland kursiert derzeit eine schwere Grippewelle. Eine auf dem ACC präsentierte Metaanalyse legt nun nahe, dass eine Influenza-Impfung das Sterberisiko von Menschen mit einer Herzinsuffizienz beträchtlich senken kann. Jedenfalls hat sich herausgestellt, dass das Sterblichkeit geimpfter Patienten während einer Grippezeit um fast die Hälfte geringer ist als für nicht geimpfte Personen.

Dr. Hidekatsu Fukuta und Kollegen haben Daten von 78.000 an Herzinsuffizienz erkrankten Patienten aus fünf Beobachtungsstudien ausgewertet.

Erstaunlicherweise nahm durch die Impfung auch das Risiko für kardiovaskulär bedingte Klinikeinweisungen während der Grippezeit um 22% signifikant ab. Die Ergebnisse sprechen dafür, mehr Patienten mit Herzinsuffizienz gegen Grippe impfen zu lassen, meint Fukuta.

Bisher wird diese prophylaktische Maßnahme weder von den Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaften ACC/AHA noch von der Europäischen Kardiologie-Gesellschaft (ESC) explizit für Herzinsuffizienz-Patienten empfohlen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) rät Menschen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, und damit auch Patienten mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gegen Grippe impfen lassen. In den analysierten Studien schwankte die Impfungsrate deutlich, sie lag zwischen 26 und 86%.

Anhand der Studie lässt sich nicht nachweisen, ob die Impfung kausal den Tod und eine Verschlechterung der Herzfunktion verhindert hat. Randomisierte Studien dazu gibt es bisher nicht. Pathophysiologisch scheint eine Kausalität aber durchaus plausibel. So zeigen Studien, dass die Sterblichkeit von Patienten mit Herzinsuffizienz während einer Grippeinfektion deutlich ansteigt. Die durch eine Virusinfektion ausgelösten Entzündungsprozesse könnten die Herzfunktion beeinträchtigen. Dies könnte wiederum erklären, warum eine Grippeimpfung mit einer geringeren Rate an kardiovaskulär bedingten Klinikeinweisungen einhergeht. *Veronika Schlimpert*

Empfehlungen für die Primärprävention des plötzlichen Herztodes bei Patienten mit ischämischen Herzerkrankungen

COR	LOE	Empfehlungen
I	A	1. Bei Patienten, die wegen einer ischämischen Herzerkrankung eine LVEF von 35 % oder weniger aufweisen, wird eine ICD-Implantation frühestens 40 Tage nach dem Infarkt und frühestens 90 Tage nach einer Revaskularisation empfohlen, bei NYHA-Klasse II oder III trotz optimaler medikamentöser Therapie und einer zu erwartenden Überlebenschance von mehr als einem Jahr.

*LVEF linksventrikuläre Auswurfraction, ICD implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
Nach ACC/AHA/HRS-Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias, JACC 2017*

einer ICD-Indikation mit einer WCD-Therapie zu überbrücken?

WCD-Therapie über 90 Tage

In der VEST-Studie sind 2.303 Patienten mit akutem Myokardinfarkt und erniedrigter EF (im Schnitt 28%) innerhalb von sieben Tagen nach Klinikentlassung randomisiert im Verhältnis 2:1 zwei Gruppen zugeteilt worden. In der Behandlungsgruppe (n = 1,524) sollten die Patienten für die Dauer von 90 Tagen zusätzlich zur Standardtherapie die Defibrillatorweste tragen, während sich in der Kontrollgruppe (n = 778) auf die Standardtherapie beschränkt wurde.

Primärer Endpunkt war die Inzidenz des plötzlichen Herztodes während dieser Zeit. Studienleiter Dr. Jeffrey Olgin vom UCSF Medical Center, San Francisco, hat die Studie, an der auch sechs deutsche Zentren beteiligt waren, beim ACC 2018 in Orlando vorgestellt.

Primäres Studienziel nicht erreicht

Olgin konzidierte, dass das primäre Studienziel verfehlt wurde. Denn die Raten für den plötzlichen Herztod waren mit 1,6% (WCD-Gruppe) und 2,4% (Kontrollgruppe) nicht signifikant unterschiedlich (p = 0,18). Auch mit Blick auf nicht plötzliche Todesfälle bestand kein Unterschied (1,4 vs. 2,2%; p = 0,15).

Besser sah es bei der Gesamtmortalität aus: Mit 3,1 vs. 4,9% war die entsprechende Rate in der WCD-Gruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (relative Risikoreduktion: 35%, p = 0,04). Den Ausschlag scheinen dabei vier tödliche Schlaganfälle gegeben zu haben, die alle in der Kontrollgruppe aufgetreten waren (0,0 vs. 0,5%; p = 0,01). Die Frage ist, wie eine potenziell Schlaganfall-verhindernde Wirkung der WCD-

Therapie plausibel zu erklären ist. Bei insgesamt 20 Patienten wurden vom WCD adäquate externe Schocks appliziert, von diesen Patienten waren 14 nach 90 Tagen noch am Leben.

Suche nach Erklärungen

Für die Tatsache, dass zwar die Gesamtmortalität, nicht aber die Zahl plötzlicher Herztode verringert wurde, könnte es nach Ansicht von Olgin mehrere Erklärungen geben. Möglich sei etwa, dass plötzlich aufgetretene Todesfälle bei der Begutachtung falsch klassifiziert wurden. Darunter könnte die statistische Teststärke (power) der Studie bezüglich plötzlicher Herztode – nicht aber bezüglich der Gesamtmortalität – gelitten haben. Auch könnte die Defibrillatorweste aufgrund ihrer Monitoring-Funktion protektive Effekte jenseits der Herztodprophylaxe gehabt haben, etwa eine frühere Intervention im Fall von Bradykardien oder nicht anhaltenden ventrikulären Tachykardien. In weiteren Analysen will man dies nun genauer untersuchen.

Olgin hält angesichts der VEST-Ergebnisse die Verordnung einer WCD-Therapie für gerechtfertigt, um Hochrisikopatienten mit erniedrigter Auswurfraction in der frühen Postinfarktphase bis zur Klärung einer fraglichen ICD-Behandlung zu schützen. Das bei der Präsentation in Orlando anwesende Auditorium schien diese Auffassung nicht unbedingt zu teilen. Danach befragt, ob die VEST-Ergebnisse die eigene Praxis bei der Verordnung tragbarer Defibrillatorwesten ändern werden, antwortete die überwiegende Mehrheit mit einem Nein. *Peter Overbeck*

67. Jahrestagung des American College of Cardiology, 10.-12. März 2018, Orlando

