

Brauchen wir überhaupt noch den ICD?

Die Therapie der chronischen Herzinsuffizienz hat in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte gemacht. Das Risiko für den plötzlichen Herztod ist dadurch gesunken. Haben implantierbare Kardioverter-Defibrillationen (ICD) hier überhaupt noch eine Berechtigung? Ein Experte nahm dazu Stellung.

Die Inzidenz der chronischen Herzinsuffizienz steigt ständig. „Dafür verantwortlich sind wir Ärzte“, sagte PD Dr. Carsten W. Israel, Chefarzt der Klinik für Kardiologie am Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld. „Wir sind nämlich zum Opfer unserer eigenen Erfolge geworden.“ Denn je mehr Patienten einen schweren Myokardinfarkt überlebten, desto mehr Herzinsuffizienz-Patienten gebe es.

Mit 5,1 % sei die Herzinsuffizienz weiterhin eine der häufigsten Todesursachen. Sie führe jährlich in Deutschland bei über 47.000 Patienten zum Tode.

Todesursache: Pumpversagen vs. plötzlicher Herztod

Der herzinsuffiziente Patient verstirbt entweder am terminalen Pumpversagen oder aufgrund eines akuten Herztodes. Die jährliche Sterberate liegt in Abhängigkeit vom Schweregrad der Herzinsuffizienz zwischen 10 % und 30 %. Bei 80 bis 99 % liegt der Herzschwäche eine koronare Herzerkrankung (KHK) zugrunde. Als letztliche Todesursachen kommen akuter Herztod und Pumpversagen mit einer Rate von jeweils 25 % bis 60 % gleich häufig vor.

„Wir sind zum Opfer unserer eigenen Erfolge geworden.“

Dass eine Optimierung der Herzinsuffizienztherapie auch die Prävalenz des akuten Herztodes günstig beeinflusst, konnte in den Studien überzeugend gezeigt werden.

So wurde in der PARADIGM HF-Studie durch ARNI sowohl das Risiko für den plötzlichen Herztod als auch die Wahrscheinlichkeit für ein Pumpversagen um je 20 % gesenkt. Insgesamt allerdings ließ sich das Risiko für den akuten Herztod durch all diese Maßnahmen in den letzten 20 Jahren nur von 5,5 % auf 4 % senken. „Das ist nicht die Welt und

diese Zahlen rechtfertigen auch keinesfalls, den ICD vollständig infrage zu stellen“, betonte Israel. Vielmehr müsse man berücksichtigen, dass in den großen Studien ICD-Patienten ausgeschlossen oder nur in einem geringen Umfang berücksichtigt wurden, in der PARADIGM HF-Studie hatten nur 15 % einen ICD. Auch sind in diesen Studien Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium IV unterrepräsentiert. Deshalb muss man im Klinikalltag von einem höheren Risiko für den akuten Herztod ausgehen.

Weiterhin Klasse-IA-Empfehlung

Grundsätzlich aber gelte, so Israel, dass dann, wenn man den Tod durch Herzinsuffizienz verhindert, der relativ Anteil der Patienten, die am plötzlichen Herztod versterben, zunimmt und umgekehrt. Und wer nicht mehr am Pumpversagen oder dem plötzlichen Herztod verstirbt, der erleidet zwangsläufig einen nicht kardialen Tod. Das Risiko für den plötzlichen Herztod steigt mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Infarkt ereignis, d. h. zehn Jahre nach dem Infarkt ist es deutlich höher als im ersten Jahr. „Die Narbe geht nicht weg und somit steigt das kumulative Risiko mit jedem Jahr, mit dem ein Myokardinfarkt überlebt wird“, so Israel.

Generell gebe es somit keinerlei Veranlassung, den Stellenwert des ICD bei der ischämischen Kardiomyopathie mit einer Ejektionsfraktion (EF) $\leq 30\%$ neu zu definieren, es bleibe bei einer Klasse-IA-Empfehlung.

Verunsicherung bei nicht ischämischer Kardiomyopathie

In der DANISH-Studie wurden 560 Patienten mit einer Herzinsuffizienz auf dem Boden einer nicht ischämischen Kardiomyopathie, die optimal medikamentös behandelt waren, randomisiert mit einem ICD versorgt, wobei in beiden Gruppen 58 % der Patienten zusätzlich

ein CRT-System benötigten. Die Patienten wurden im Durchschnitt über 67,6 Monate nachverfolgt. Bei der Gesamtmortalität ergab sich kein Unterschied. Sie betrug 21,6 % bei den ICD-Patienten und 23,4 % in der Kontrollgruppe. Wie zu erwarten war, starben jedoch nur 4,3 % der ICD-Patienten an einem plötzlichen Herztod im Vergleich zu 8,2 % in der Kontrollgruppe. Auch konnte bei jüngeren Patienten (< 68 Jahre) die Ge-

„Diese Zahlen rechtfertigen keinesfalls, den ICD vollständig infrage zu stellen“

samtmortalität mit dem ICD signifikant reduziert werden.

„Bei der Interpretation der Studie muss man die hohe Zahl an CRT-Systemen berücksichtigen, die das Ergebnis verfälschen“, so Israel. Bei einer CRT-Response-Rate von über 80 % hätte nach der Implantation des CRT-Systems bei über 40 % der ICD-Patienten keine Herzinsuffizienz mehr vorgelegen, die einen ICD gerechtfertigt hätte. Insgesamt habe man in dieser Studie also nur CRT und CRT plus Defibrillator bei Patienten in einem Alter über 70 Jahren miteinander verglichen. Auch die Daten einer großen Metaanalyse sprechen für die Wirksamkeit des ICD auch bei der nicht ischämischen Kardiomyopathie, sodass hier der Empfehlungsgrad IB weiterhin gerechtfertigt sei, so Israel

Bessere Prädiktoren erforderlich

Studien konnten zeigen, dass die Prognose bei herzinsuffizienten Patienten mit erhaltener Pumpfunktion (HFpEF) genauso ernst ist wie bei einer systolischen Herzinsuffizienz (HFrEF). Diese Patienten versterben in der Regel am plötzlichen Herztod. „Bei solchen Patienten entfällt die EF für die ICD-Stratifizierung, sie ist ja nicht wesentlich eingeschränkt“, so Israel. Dies zeige, dass wir bessere Prädiktoren als die EF brauchen, um den Nutzen eines ICD zuverlässiger beurteilen zu können. Momentan gebe es viele Patienten mit EF $\leq 35\%$, die den ICD gar nicht brauchten, aber auch viele Patienten mit HFpEF und EF $\geq 35\%$, die ihn gebraucht hätten, um zu überleben.

Dr. med. Peter Stiefelhagen