Aktualisierte europäische Leitlinien zur Herzinsuffizienz

Resynchronisationstherapie aufgewertet

Bislang kam die kardiale Resynchronisation nur für Herzinsuffizienzpatienten mit NYHA III und IV in Betracht, sofern die Auswurffrac-tion bei $\leq 35\%$ lag und der QRS-Komplex mindestens 120 ms betrug. Diese Klasse-IA-Empfehlung wurde nun ausgeweitet auf den leichteren Schweregrad NYHA II – eine für den kardiolo-gischen Alltag und auch für das Gesund-heitssystem revolutionäre Entscheidung.

■■■■ Mit den neuen Leitlinien sollen nach den Worten von Kenneth Dickstein, Norwe-gen, nicht nur Mortalität oder Morbidität der Insuffizienzpatienten verbessert wer-den; man hofft nun mit der Resynchronisa-tionstherapie (CRT, mit oder ohne Defibril-lator) sogar in die Progression der Erkran-kung eingreifen zu können. Für die IA-Emp-fehlung bei NYHA II wird im Gegensatz zu NYHA III/IV, wo 120 ms ausreichen, ein QRS-Komplex von ≥ 150 ms gefordert.

Neues Ziel: Prävention der Progression

Wie Dickstein erläuterte, waren v.a. zwei neue CRT-Studien für die Aktualisierung der Leitli-nien ausschlaggebend: MADIT-CRT sowie REVERSE, beide 2009 erschienen. Für die Leit-linien wurden die bisherigen Bewertungskri-terien leicht modifiziert. Nicht das Studien-kollektiv laut Protokoll (eine Idealvorstellung) wurde übernommen, sondern die tatsächlich eingeschlossenen Gruppen (Real World). Ein Beispiel: In MADIT war das QRS-Kriterium auf ≤ 130 ms festgelegt. Jedoch profitierten erst Patienten mit einem QRS-Komplex ≥ 150 ms eindeutig von der CRT (präspezifizierter End-punkt). Das Leitlinien-Komitee sprach deshalb die IA-Empfehlung nur für die Grup-pe ≥ 150 ms aus.

Eine wichtige Diskussionsfrage: Wenn schon die Prävention der Progression durch die CRT angestrebt ist, weshalb werden nicht auch Patienten mit NYHA I (unter Medikation asymptomatisch) berücksichtigt? Dickstein: Obwohl in MADIT die Einschlusskriterien NYHA I und II umfassten, waren schließlich nur 15% der Patienten NYHA I zuzurechnen. Das reiche für eine Verallgemeinerung nicht.

Für die Risikoabschätzung in der klinische Praxis dürften nicht nur der QRS-Komplex

sowie leichte Insuffizienzsymptome ent-scheidend sein. Weitere Kriterien sind

- der Nachweis einer Dyssynchronie und einer LV-Dilatation mit dem Echo,
- ein Linksschenkelblock,
- eine nicht ischämische Kardiomyopathie sowie
- kürzlich dokumentierte NYHA-III-Symptome.

Keine spezielle Empfehlung für Frauen

Eine spezielle Empfehlung für Frauen blieb man schuldig, obwohl sie in MADIT-CRT be-sonders gut auf die CRT angesprochen ha-ben, v.a. bei gleichzeitigem Linksschenkel-block. Der Grund laut Dickstein: Diese Daten sind noch nicht Peer-reviewed publiziert, außerdem war das Outcome bei Frauen kein präspezifizierter Endpunkt.

CRT bei permanentem Vorhofflimmern

Neue Empfehlungen auch für NYHA-III/IV-Patienten mit permanentem Vorhofflimmern (LVEF $< 35\%$, QRS > 130 ms): einmal Klasse-IIa-B für schrittmacherabhängige Patienten und

einmal IIa-C für Patienten mit Bradykardie und häufigen Schrittmacherstimulationen. Vorausgesetzt, die Patienten haben noch eine realistische Überlebenschance von über einem Jahr bei gutem funktionellem Status.

Erstmals Herzpumpen empfohlen

Erstmals findet sich in den europäischen Leit-linien auch die sog. Destination Therapy, also die Implantation von Herzpumpen bei Pa-tienten, die für eine Transplantation nicht mehr infrage kommen (Empfehlungsgrad IIb-B). Grund dafür war das Ergebnis der HEART-MATE-Studie. Hier überlebten knapp 60% der Patienten zwei Jahre. Voraussetzungen:

- Schweregrad IIIB/IV,
 - Auswurffrac-tion $< 25\%$ sowie
 - Sauerstoffaufnahme (VO_2) < 14 ml/kg/min.
- Die neuen Leitlinien werden vermutlich die Therapie der Herzinsuffizienz wesentlich ver-ändern. Inwieweit die DGK diesen Weg mit-gehen wird, ist noch nicht bekannt. Fest steht, dass die Kosten der Herzmedizin durch diese Innovation deutlich steigen dürften. (J.A.) ■

Buchbesprechung

„Herzrhythmusstörungen“

■■■■ Das Buch „Herzrhythmus-störungen“ spannt den Bogen von der historischen Entwick-lung der Arrhythmiebehandlung bis zu aktuellsten Therapiever-fahren. Die Mechanismen der Arrhythmieentstehung werden verständlich auf zellulärer und subzellulärer Ebene erklärt. Es findet sich eine übersichtliche Darstellung diagnostischer Me-thoden und der differenzialdiagnostischen Abgrenzung verschiedener Rhythmusstö-rungen. Dabei wird u.a. das Verständnis für in-trakardiale Ableitungen und die intrakardia-le elektrophysiologische Stimulation vermit-telt. Den größten Teil nimmt die Erläuterung therapeutischer Strategien einschließlich Notfallbehandlung ein. Neben der Erklärung von Pathomechanismen finden sich klare

T. Lewalter, B. Lüderitz (Hrsg.): *Herzrhythmusstörungen*. 6. Aufl. Springer Medizin Verlag 2010, ISBN 978-3-540-76754-1

Darstellungen von Therapieop-tionen einschließlich Dosierun-gen und moderner intervention-eller Behandlungen durch Kathe-terablationen. Die Empfehlun-gen entsprechen dem aktuellen Stand der nationalen und internationalen Leitlinien. An vielen Stellen wird der Text durch klinisch relevante EKG-Beispiele und Abbildungen ergänzt. Insgesamt handelt es sich um einen praxisnahen Leitfaden, der für Kardiologen und alle an Rhythmusstörungen interessierte Kollegen empfehlenswert ist.

Prof. Dr. med. Uta Hoppe,
Universität zu Köln