Neue Option

Wer profitiert vom subkutanen Defibrillator?

Sondenprobleme sind keine seltene Komplikation bei der konventionellen ICD-Implantation. Mit dem subkutanen Defibrillator gibt es jetzt eine Alternative, die jedoch noch sehr restriktiv gehandhabt werden sollte.

■ „Innerhalb von acht Jahren treten bei ca. 40% der ICD-Patienten vor allem Sondenprobleme auf“, sagte Prof. Stefan Willems, Hamburg. Dazu gehörten Sondenfrakturen, Sondenperforationen und Infektionen. Auch ein Pneumothorax im Rahmen der Erstimplantation und schlechte venöse Verhältnisse können die transvenöse Vorgehensweise erschweren oder sogar unmöglich machen.

Bisher nur wenig Erfahrungen

Für solche Problemfälle gibt es als Alternative jetzt den subkutanen Defibrillator. „Die Im-

plantation dieses Systems ist eine einfache Operation. Die Implantation orientiert sich an den anatomischen „Landmarks“, so Willems. Mit den subkutanen Defibrillatoren sei jedoch keine antitachykarde Stimulation, sondern nur eine passagere Ventrikelsstimulation möglich. Auch ist die Defibrillationschwelle bei der subkutanen Implantation deutlich höher als bei der transvenösen.

Bisher gibt es nur sehr begrenzte Erfahrungen mit dieser neuen Option. Von 55 Patienten mit einem subkutanen Defibrillator hatten innerhalb von zehn Monaten drei Patienten insgesamt zwölf spontane Episoden, die alle detektiert und terminiert werden konnten. Bei zwei dieser Patienten traten Tascheninfektionen und bei einem Patienten eine Sondendislokation auf. Auch über inadäquate Schockabgaben unter einem subkutanen Defibrillator wurde berichtet.

Pro und Kontra

Der wesentliche Vorteil des subkutanen Defibrillators ist, dass kein transvenöser Zugang erforderlich ist. Auch kann der Defibrillator im Falle einer Infektion oder bei Auftreten eines Sondenproblems unkompliziert entfernt werden. Doch liegen bisher nur wenig Erfahrungen mit diesem System vor. „Die entscheidende Frage ist, ob der subkutane Defibrillator eine ausreichende therapeutische Sicherheit garantiert“, so Willems. Deshalb sei zum jetzigen Zeitpunkt eine restriktive Handhabung gerechtfertigt, mit anderen Worten, der subkutane Defibrillator komme nur für bestimmte Patienten-Gruppen, bei denen eine transvenöse Implantation nicht möglich oder mit hohen Risiken verbunden sei, in Frage.

Dr. med. Peter Stiefelhagen ■

Auch ohne ACS

Troponin-positive Patienten sind eine Risiko-Gruppe

Zur Detektion und Risikostratifizierung bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom ist die Troponin-Bestimmung unverzichtbar. Bei einem Teil dieser Patienten lässt sich ein ACS ausschließen, obwohl der Troponin-Test positiv ist. Wie soll man mit diesem Befund umgehen?

■ Bei jedem Patienten mit unklarem Thoraxschmerz sollte heute neben dem EKG auch eine Troponin-Bestimmung durchgeführt werden, um ein ACS nicht zu übersehen. Patienten mit einem erhöhtem bzw. einem ansteigenden Troponin gelten gemeinhin als besonders gefährdete ACS-Patienten und sollten deshalb möglichst rasch einer invasiven Diagnostik zugeführt werden. Doch nicht selten kann trotz positivem Troponin-Test ein ACS ausgeschlossen werden.

Bei Troponin-positiven Patienten ohne ACS muss differenzialdiagnostisch eine Tako-Tsubo-Kardiomyopathie ausgeschlossen werden. Koronarangiografie eines Tako-Tsubo-Patienten: A Ende der Kontraktion, B Ende der Relaxation.

Meist kein ACS

Für die optimale Versorgung von Patienten mit unklaren Thoraxschmerzen hat sich die Einrichtung entsprechender „Chest Pain Units“ (CPU) bewährt. Doch die überwie-

gende Mehrzahl der Patienten, die primär mit Verdacht auf ACS einer solchen CPU zugeführt werden, hat kein akutes Koronarsyndrom. „Von insgesamt 3327 Patienten, die mit der Verdachtsdiagnose ACS zugewiesen