Auf dem ESC-Kongress in London fanden sich auf dem Messegelände neben den zahlreichen wissenschaftlichen Symposien auch eine Industrieausstellung sowie Posterpräsentationen.

Herzinsuffizienz mit Schlafapnoe: Adaptive Servo-Ventilation erhöht Mortalität

Wenn Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz eine zentrale Schlafapnoe entwickeln, hilft die in diesen Fällen häufig verordnete adaptive Servo-Ventilation dem Patienten nicht – im Gegenteil: Sie erhöht die Mortalität.

Herzschwäche und Atemstörungen im Schlaf treten nicht selten gemeinsam auf: 50 bis 75 % der Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz leiden an Schlafapnoen. In etwa der Hälfte der Fälle handelt es sich dabei um eine obstruktive Atemstörung (OSA), die aufgrund einer Einengung der oberen Atemwege mit vermehrter Atemanstrengung und Tagesmüdigkeit einhergeht.

Die andere Hälfte der Patienten leidet primär an einer zentral bedingten Schlafapnoe (ZSA), die sich auch als Cheyne-Stokes-Atmung manifestieren kann. Die Ursache ist in einer gestörten Steuerung des Atemantriebs im Hirnstamm zu suchen. Es gilt: Je geringer die Pumpleistung, desto häufiger die Atemstörung. Im Gegensatz zur obstruktiven Variante ist die zentrale Atemstörung nicht Ursache, sondern Folge der Herzkrankung. Die zentrale Atemstörung verschlechtert die Prognose des Herzinsuffizienz-Patienten. Aus einer Reihe von pathophysiologischen Erwägungen – etwa die intermittierende Hypoxie oder erhöhte Sympathikusaktivität – scheint es sinnvoll, die zentrale Atemstörung zu therapieren. Als am wirksamsten hat sich dazu die adaptive Servo-Ventilation (ASV) erwiesen, eine nicht invasive Maskenbeatmung, die eine regelmäßige Beatmung sicherstellt. Sie wird bei betroffenen Patienten häufig angewendet.

Apnoe-Episoden signifikant reduziert

Die SERVE-HF-Studie hat nun an 1.325 Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz und Ejektionsfraktion unter 45 % sowie im Vordergrund stehender ZSA getestet, ob sie von dieser Therapie auch prognostisch profitieren. Primärer Endpunkt war die Kombination aus Tod oder lebensrettender kardiovaskulärer Intervention (Wiederbelebung, Herztransplantation, Implantation eines Herzunterstützungssystems) oder eine

Klinikeinweisung wegen Herzinsuffizienz. Die Studie ergab, dass die Behandlung zwar die Schlafapnoe lindert, aber die Prognose nicht zum Positiven wenden kann. Der Apnoe-Hypopnoe-Index verbesserte sich von jeweils im Durchschnitt anfangs 31 auf 6,6 Episoden pro Stunde deutlich. Primäre Endpunkte traten bei 54,1 % der Patienten in der Therapiegruppe und bei 50,8 % der Patienten in der Kontrollgruppe auf – kein Unterschied, eher eine Trend in die falsche Richtung. Auch bezüglich Lebensqualität, Belastbarkeit oder Symptomatik hatte die Behandlung keinen Effekt.

Überraschend: Übersterblichkeit unter ASV-Therapie

Völlig überraschend starben in der ASV-Gruppe statistisch signifikant mehr Patienten als in der Kontrollgruppe. Die Gesamtmortalität war um 28 % erhöht (34,8 vs. 29,3 %), die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 34 %, berichtete Studienautor Dr. Martin Cowie vom Imperial College in London. Womöglich handelt es sich bei der Apnoe um einen Schutzmechanismus, den der Patient braucht.

Bei Herzinsuffizienz und zentraler Schlafapnoe jetzt kontraindiziert

Insofern handele es sich bei SERVE-HF um eine Studie, die die Praxis verändere, erklärte Cowie: Die adaptive Servo-Beatmung wird von der Routinemaßnahme zur Kontraindikation. Dies gilt für Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz NYHA II–IV und prädominant zentralen schlafbezogenen Atemstörungen.

Gleichzeitig betonen die deutschen Fachgesellschaften für Schlafforschung und Schlafmedizin sowie für Pneumologie und Kardiologie, dass man die ASV bei anderen Patienten weiter einsetzen kann. Dies gilt für Patienten mit ZSA ohne Herzinsuffizienz oder mit Herzinsuffizienz NYHA I sowie für Patienten mit OSA.

Dr. med. Dirk Einecke