Ventrikuläre Extrasystolie: Ablation mehr als eine EKG-Kosmetik?

Ventrikuläre Extrasystolen (VES) sind auch bei Gesunden ein häufiges Phänomen, meist sind sie aber ungefährlich. „Doch wenn sie sehr häufig auftreten, kann dies zu einer linksventrikulären Dysfunktion führen“, sagte Prof. Christopher Reithmann, München. In einer Beobachtungsstudie habe man bei Patienten mit ≥ 1000 VES pro 24 Stunden nach vier bis acht Jahren eine Verschlechterung der Pumpfunktion gesehen. In einer Metaanalyse war bei Menschen mit ≥ 30 VES pro 30 Minuten das akute Herztodrisiko um das 2,63-Fache erhöht, jedoch erfolgte keine Adjustierung bzgl. struktureller Herzerkrankung. Somit bleibt die Frage „Was ist Henne und was ist das Ei?“ unbeantwortet.

Die häufigsten Ursprungsorte der symptomatischen monomorphen VES sind der rechtsventrikuläre und linksventrikuläre Ausflusstrakt (LVOT). „Gerade nach einer Klappenoperation ist eine LVOT-VES gar nicht so selten“, berichtete Reithmann.

Eine Katheterablation bei VES kommt nur bei hochsymptomatischen Patienten infrage, oder wenn bei mehr als 20.000 VES pro 24 Stunden eine Verschlechterung der Ejektionsfraktion (EF) nachgewiesen wird, für die es keine andere Erklärung gibt. „Aber auch bei Patienten mit kardialer Resynchronisationstherapie, bei denen keine ausreichende Stimulation möglich ist, oder bei ICD-Patienten mit VES-induziertem Kammerflimmern besteht eine Indikation.“ Bei asymptomatischen Patienten, deren linksventrikuläre Pumpfunktion sich nicht verschlechtert habe, bestehe sicherlich keine Indikation, so Reithmann.

Und welchen Stellenwert haben Betablocker? „Betablocker sind nur wirksam, wenn die Häufigkeit der VES in der Schlafphase um mehr als 50% zurückgeht“, so Reithmann. Ohne eine „Schlaf-suppression“ bringen sie nichts. Auch im Vergleich zu anderen Antiarrhythmika ist die Ablation die effektivere Therapie. Bei Patienten mit eingeschränkter Pumpfunktion habe man sogar eine Verbesserung der EF im Vergleich zu Patienten ohne Ablation nachgewiesen.

Doch ehe die Indikation zur Ablation gestellt werde, müsse neben der Quantifizierung der VES immer eine umfassende kardiologische Diagnostik erfolgen, auch um reversible Ursachen nicht zu übersehen, so Reithmann. (sti)

Werden zu viele ICDs implantiert?

Es steht außer Frage: Bei der Implantation von Devices sind wir Europameister. Dies provoziert zwangsläufig die Frage: Besteht in den anderen Ländern eine Unterversorgung oder haben wir in Deutschland hinsichtlich der ICDs eine Überversorgung – vielleicht sogar als Folge falscher Anreize im DRG-System?

Zunächst wurde das Auditorium mit der Frage konfrontiert: Implantieren wir zu viele ICDs? Hierbei ergab sich eine fifty-fifty-Situation mit einem leichten Überwiegen der Pro-Fraktion.

PRO

Ja, es werden zu viele implantiert!

„Ja, wir implantieren eindeutig zu viele“, lautete das Statement des Pro-Anwalts Prof. Dirk Böcker, Hamm. Die den Empfehlungen für eine ICD-Implantation zugrunde liegenden Studien wie die MADIT 2-Studie stammten aus den Jahren 1997 bis 2002. Doch die Behandlung habe sich in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Und dies habe auch, wie neuerer Registerdaten zeigten, die Prognose für herzinsuffiziente Patienten wesentlich verbessert. Die NNT, die ursprünglich bei 12–17 für zwei Jahre lag, steige deutlich an, wenn das Risiko der behandelten Patientengruppe für den akuten Herztod sinkt.

„Der Nutzen der ICDs wird überschätzt, weil die Sterblichkeit überschätzt wird“, erklärte Böcker. Dazu kommt, dass man mit den Grenzwerten der Ejektionsfraktion (EF), ab wann ein ICD implantiert werden sollte, zunächst in den Studien, später aber auch in den Leitlinien sehr großzügig umgegangen ist. So lag die durchschnittliche EF in der MADIT 2-Studie bei 23%, in den Leitlinien wurde sie aber ohne nachvollziehbaren Grund auf 35% erhöht. „Und beim Risiko für den akuten Herztod ist es schon ein deutlicher Unterschied, ob jemand eine EF von 30 oder 35 Prozent hat“, betonte Böcker. Aber nicht einmal an diese großzügigen Empfehlungen hielten sich alle. Auch beim zeitlichen

Abstand zum Infarkt würden die Vorgaben oft nicht beachtet. Insgesamt werde in über zehn Prozent der Fälle die Indikation für eine ICD-Implantation nicht leitlinienkonform gestellt.

Wer profitiert nicht?

Während in Schweden nur 3,5% der ICD-Neuimplantationen bei über 80-Jährigen erfolgt, liegt der Anteil in Deutschland bei 9,6%. „Man müsse deshalb schon die Frage stellen, ob ein über 80-jähriger Patient von einem ICD überhaupt profitiere“, so Böcker. In entsprechenden Studien habe man bei diesen betagten Patienten einen Nutzen nicht nachweisen können. Auch niereninsuffiziente Patienten mit einer GFR < 60 ml/min zeigten nur einen minimalen Überlebensvorteil, dialysepflichtige Patienten sogar überhaupt keinen. Vor der ICD-Implantation empfehle sich daher eine Stratifizierung, wobei fünf Faktoren im Sinne eines Scores erhoben werden sollten: NYHA-Klasse > 2 , Alter > 75 Jahre, Serum-Harnstoff > 26 mg/dl, QRS > 120 msec und Vorhofflimmern. „Wer drei und mehr Punkte hat, profitiert nicht von einem ICD, er ist also überflüssig“, betonte Böcker.

Ein weiteres Problem, was die Zahl der Implantationen steigen lässt, sind „schlechte“ ICDs, also Systeme mit zu kurzer Laufzeit. „Wie implantieren auch deshalb zu viele ICDs, weil wir an der Gerätequalität sparen“, sagte Böcker.

CON

Wir implantieren zu wenig!

„Wir implantieren eher zu wenig“, lautete dagegen das Statement des Kontra-Anwalts Prof. Michael Block, München. Bei