

## Resynchronisationstherapie bei Herzinsuffizienz

### Einfache Repositionierung der Elektroden möglich

Die stabilste Position einer Elektrode in der Herzvene ist häufig nicht der ideale Ort für die elektrische Stimulation eines insuffizienten Herzens. Ein neues vierpoliges linksventrikuläres Stimulationssystem ermöglicht jetzt eine Repositionierung, ohne dass die Elektroden in der Herzvene zurückgezogen werden müssen.

■ Häufige Komplikationen bei Patienten mit einem implantierten kardialen Resynchronisationssystem (CRT-System) sind hohe Stimulationsschwellen sowie eine unbeabsichtigte Stimulation des Zwerchfells. Eine hohe Stimulationsschwelle entsteht zum Beispiel durch Verkalkungen, Narben- oder Fettgewebe und führt dazu, dass wesentlich mehr Energie zur Stimulation des Herzens erforderlich ist als geplant. Das macht die Stimulation häufig ineffizient und verkürzt

die Funktionsdauer des Geräts. Eine unbeabsichtigte Zwerchfellstimulation erfolgt meist bei einer nicht optimalen Elektrodenlage in der Vene. Während der Implantation des Schrittmachers liegt der Patient auf dem Rücken, beim anschließenden Aufstehen kann die Elektrode verrutschen, sodass der Schrittmacher den Zwerchfellmuskel direkt oder über den Nervus phrenicus aktiviert. Ein Schluckauf bei jedem Stimulationsimpuls ist die Folge.

Das neue vierpolige linksventrikuläre Stimulationssystem Promote Quadra™ CRT-D mit zehn verschiedenen programmierbaren Stimulationsvektoren sei eine erhebliche Verbesserung der CRT, sagte Dr. Wolfgang Kranig,



Das vierpolige Stimulationssystem Promote Quadra™.

© St. Jude Medical

Schüchtermann-Schillersche Kliniken in Bad Rothenfelde: „Wir haben mehr Optionen für die Platzierung der Stimulationselektrode, ohne Kompromisse bei der Implantation eingehen zu müssen.“ Das Problem der Zwerchfellstimulation sei damit quasi gelöst und die hämodynamischen Anforderungen an den optimalen

Stimulationsort seien leichter erreichbar, so Kranig. Über die Programmierung des Geräts lasse sich auch der Stimulationsvektor optimieren.

(mic) ■

■ **Symposium bei der 78. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Mannheim, 13. April 2012 (Veranstalter: St. Jude Medical)**

## Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern

### Wirksame Alternative zu Kumarinen

Vorhofflimmern bei Patienten mit erhöhtem Schlaganfallrisiko erfordert eine orale Antikoagulation. Seit einiger Zeit gibt es eine Alternative zu den Kumarinen, die einen mindestens gleich guten Schutz gegen zerebrale und systemische Embolien bietet und ohne fortlaufende Gerinnungskontrollen auskommt.

■ Als Alternative zu den Kumarinen wurden neue orale Antikoagulanzen mit Vitamin K-unabhängigem Wirkmechanismus entwickelt, darunter die Faktor-Xa-Inhibitoren Apixaban und Rivaroxaban sowie der Thrombinhemmer Dabigatran, die einzige Substanz, die bislang EU-weit für die Schlaganfallprophylaxe bei nicht valvulärem VHF zugelassen ist. Seit einigen Jahren stehen Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien zur Verfügung, die zeigen, dass bei diesen Patienten mit neuen oralen Antikoagulanzen eine mindestens so gute Schlaganfallreduktion erreicht werden kann wie

mit Warfarin, bei niedrigerem Risiko für intrazerebrale Blutungen.

Für Dabigatran wurde das im Rahmen der Studie RE-LY mit über 18 000 Patienten und einer medianen Beobachtungszeit von zwei Jahren belegt. Gemäß dem primären Studienendpunkt Schlaganfall oder systemische Embolie wurde die Nichtunterlegenheit von Dabigatran 110 mg und die Überlegenheit von Dabigatran 150 mg gegenüber Warfarin nachgewiesen. Ein weiterer Vorteil von Dabigatran ist, dass keine fortlaufenden Gerinnungskontrollen erforderlich sind wie unter Kumarinen.

Hinsichtlich des Risikos für große Blutungen haben Subgruppenanalysen gezeigt, dass der in RE-LY nachgewiesene Vorteil von Dabigatran gegenüber Warfarin mit zunehmendem Alter und nachlassender Nierenfunktion zurückgeht. „Für über 75-jährige Patienten war die Rate von großen Blutungen unter Dabigatran 110 mg ähnlich, unter Dabigatran 150 mg fraglich größer als unter Warfarin“, berichtet Prof. Harald Darius,

kardiologische Abteilung, Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln. Nur die extrakraniellen Blutungen, überwiegend gastrointestinal, waren in dieser Altersgruppe unter Dabigatran signifikant häufiger als unter Warfarin. Bei der Gesamtmortalität zeigte sich in RE-LY kein signifikanter Unterschied zwischen Warfarin und Dabigatran.

„Die Nierenfunktion muss bei allen neuen oralen Antikoagulanzen beachtet werden“, betont Darius. Empfohlen wird die Überprüfung der Kreatinin-Clearance unter Dabigatran in klinischen Situationen, in denen mit einer Verschlechterung der Nierenfunktion zu rechnen ist, und bei Patienten über 75 Jahren mindestens einmal jährlich. Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion sind von vornherein von der Behandlung auszuschließen. (hei) ■

■ **Pressegespräch bei der 78. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Mannheim, 12. April 2012 (Veranstalter: Boehringer Ingelheim)**