



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-150
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Tachykardie bei Herzinsuffizienz – wie behandeln?

Zusammenfassung des Vortrages von Prof. Dr. Daniel Steven, Köln, Sprecher der Arbeitsgruppe Elektrophysiologie und Rhythmologie (AGEP) der DGK

Zu diesem Themenspektrum gibt es im Wesentlichen vier Aspekte, die ich heute vorstellen möchte. Zunächst ist festzuhalten, dass es zwischen Herzinsuffizienz (HI) und Rhythmologie immer mehr Überschneidungen gibt. Viele der heute relevanten Therapien für Patientinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen, wie zum Beispiel die Behandlung von Vorhofflimmern mittels Katheterablation und die Implantation von Schrittmachern, vor allem die kardiale Resynchronisationstherapie, spielen für HI-Patient:innen eine übergeordnete Rolle. Sie sind daher auch in den Leitlinien für die Behandlung von Patient:innen mit einer Herzinsuffizienz fest verankert.

Weiterhin ist die Unterscheidung zwischen der sogenannten arrhythmogenen Kardiomyopathie und der HI mit begleitendem Vorhofflimmern zu treffen. Die arrhythmogene Kardiomyopathie entsteht bei Patient:innen mit zu schnell auf die Hauptkammer übergeleitetem Vorhofflimmern oder anderen Rhythmusstörungen. Die hieraus entstehende unregelmäßige und/oder zu schnelle Kontraktion der Hauptkammer führt dann zu einer Herzschwäche, die nicht nur klinisch, also anhand der Beschwerden der Patient:innen evident wird, sondern sich in der Echokardiographie anhand einer reduzierten linksventrikulären Funktion zeigen kann. Wir vermuten, dass hierbei nicht nur die Herzfrequenz eine Rolle spielt, sondern auch die Synchronität, das heißt nicht nur der schnelle, sondern auch der unregelmäßige Herzschlag problematisch ist. In diesem Fall gibt es für uns die Möglichkeit, die HI allein durch die Wiederherstellung des Sinusrhythmus zu behandeln.

Das gelingt besonders gut bei jungen Patient:innen und umso besser, je früher die Therapie erfolgt. Bei diesen Patient:innen kann man nach Wiederherstellung des Sinusrhythmus im weiteren Verlauf sogar die HI-Medikation wieder abzusetzen.

Anders ist die Lage bei Patient:innen mit HI, die ein begleitendes Vorhofflimmern (VHF) haben. Größere Herzinsuffizienzstudien haben gezeigt, dass bis zu 50% aller Patient:innen mit einer Herzschwäche auch Vorhofflimmern oder -flattern aufweisen. Hier ist das Problem, übrigens ähnlich wie bei einer begleitenden Mitralklappenundichtigkeit, dass man bei der Diagnose nicht genau feststellen kann, was zuerst da war: die Herzinsuffizienz oder das Vorhofflimmern. Uns bleibt deshalb nichts anderes übrig, als beides gleichermaßen zu behandeln und da stellt sich die Frage nach der effektivsten Therapie eines Vorhofflimmerns bei Herzinsuffizienz-Patient:innen. Um eine Antwort haben sich die Castle-AF die East-AFNET-Studie, sowie neuere Meta-Analysen bemüht. Dabei hat man festgestellt, dass die Katheterablation zur Therapie von VHF auch bei Patient:innen mit Herzschwäche zu einer niedrigeren Hospitalisierungsrate, einer niedrigeren Mortalitätsrate und einer höheren Lebensqualität führt. Deswegen ist es enorm wichtig, dass wir bei HI-Patient:innen auch daran denken, das Vorhofflimmern zu behandeln, um bei diesen Patient:innen eine möglichst umfassende Therapie der HI mit einem möglichst optimalen Ergebnis zu erreichen.

Viele Patient:innen mit HI haben aufgrund der strukturellen Veränderung des Myokards schwerwiegende Herzrhythmusstörungen, häufig im Sinne von Kammertachykardien. Treten solche Rhythmusstörungen auf, können diese mittels implantierbaren Defibrillatoren (ICD) beendet werden. Hier hat sich gezeigt, dass ICDs die Mortalitätsrate senken, wobei ihr Stellenwert im Vergleich zu den



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-150
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

heutigen, sehr erfolgreichen HI-Medikamenten sicherlich noch einmal neu evaluiert werden muss. Bei Patient:innen mit Kammerrhythmusstörungen, die bereits Therapien von ihrem ICD bekommen, konnte außerdem gezeigt werden, dass die Behandlung mit anti-arhythmischen Medikamenten als Eskalation nicht vielmehr bringt, um das Wiederauftreten von Kammetachykardien zu verhindern. Das heißt: ab einem gewissen Punkt ist die Gabe von mehr Medikamenten nicht mehr sinnvoll. Wichtig ist, dass Patient:innen, die wiederholt Kammetachykardien haben, auch mit Katheterablation behandelt werden müssen und zwar idealerweise frühzeitig. Die Daten aus der VANISH-Studie haben in eindrucksvoller Weise gezeigt, dass wir diese Patient:innen auch eine Katheterablation zu führen müssen. Es ist auch belegt, dass man nicht zu lange mit der Ablation warten sollte – das bedeutet nicht, sie prophylaktisch vor der ICD-Implantation durchzuführen, spätestens aber nach der ersten Schockentladung. In der Partita-Studie konnte durch die Katheterablation nicht nur die Anzahl der ICD-Schockgaben für die Patient:innen deutlich reduziert werden. Es zeigte sich außerdem, dass sie sogar eine Reduktion des Mortalitätsrisiko um 25% bewirkt. Zugegeben: Die Studie ist nicht ganz ohne Fehler, das Ergebnis als solches ist dennoch beeindruckend.

An dieser Stelle möchte ich auch auf die gemeinsame Awareness-Kampagne der European Heart Rhythm Association (EHRA), der Deutschen Herzstiftung (DHS) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) aufmerksam machen.

Diese startet im Rahmen dieser Jahrestagung und soll über das Jahr verteilt mit mehreren Aktionen auf das Thema Herzrhythmusstörungen aufmerksam machen. Begleitet wird die Aktionsreihe in den Sozialen Medien mit den Hashtags #keepyourrhythm und #pulseday.