

# DGK.

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: presse@dgk.org  
Web: www.dgk.org

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 10/2018“**

## **Rhythmologie: Aktuelle Strategien gegen plötzlichen Herztod und Herzrhythmusstörungen**

*Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen weiterhin die häufigste Todesursache in der industrialisierten Welt dar. Der plötzliche Herztod – als Teil dieser Todesfälle – ist ein plötzlich-auftretender, im Vorhinein häufig nicht erkennbarer Todesfall, der häufig auf das Auftreten lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen (ventrikuläre Arrhythmien) zurückzuführen ist. Risikostratifikation und adäquate Therapien werden zunehmend schwieriger. Ein tragbarer Kardioverter-Defibrillator („Defi-Weste“) scheint nach einer kürzlich publizierten Studie bei Patienten mit einer niedrigen Auswurffraktion, die innerhalb einer Woche nach Entlassung nach einem akuten Herzinfarkt in einer randomisierten Studie eine „Defi-Weste“ erhielten, auf den ersten Blick keine relevante Auswirkung auf den plötzlichen Herzrhythmus-Tod zu haben. Die Katheterablation erweist sich als sehr erfolgversprechende Therapiestrategie bei Patienten mit anhaltenden ventrikulären Arrhythmien, häufig ist allerdings dennoch ein implantierbarer Defibrillator als Standardtherapie notwendig.*

### **Statement Prof. Dr. Thomas Deneke, Sprecher der Arbeitsgruppe Rhythmologie der DGK (Bad Neustadt)**

Der implantierbare Defibrillator (ICD) ist weiterhin die Therapie der Wahl bei Patienten, die ein plötzliches Herztod-Ereignis überlebt haben (Sekundärprävention). Für die Prophylaxe des plötzlichen Herztodes gibt es bisher nur einen einzigen Prädiktor, die eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion des Herzens. Die einzig effektive Therapieoption bei hochgradiger Einschränkung der Pumpleistung scheint dann ein dauerhaft implantierter Defibrillator (ICD) zu sein. Nachdem sich das Risiko für den plötzlichen Herztod in den vergangenen 30 Jahren durch die suffiziente medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz („Herzschwäche“) fast halbiert hat, ist der klassische Risikofaktor einer verminderten Pumpfunktion des Herzens kein guter Indikator mehr. Neuere Studien zeigen dies eindrucksvoll bei Patienten mit nicht-koronarer Herzschwäche.

Heute kann mithilfe moderner bildgebender Verfahren wie der Magnetresonanztomographie (MRT) versucht werden, jene Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für den plötzlichen Herztod haben. Mittels MRT sollen z. B. Narbenareale im Herzmuskel entdeckt werden, die einen plötzlichen Herztod auslösen könnten. Erste Untersuchungen zeigen sogar, dass mit mathematischen Modellen das Risiko bezüglich bedrohlicher Herzrhythmusstörungen mittels MRT vorhergesagt werden könnte.

Auch die frühzeitige programmierte Ventrikelstimulation bei Patienten nach Herzinfarkt stellt eine mögliche Strategie dar, ein erhöhtes Risiko für plötzlichen Herztod zu entdecken. Trotz der hohen Rate des plötzlichen Todes nach Myokardinfarkt bei Patienten mit einer niedrigen Auswurffraktion sind implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren bis 40 bis 90 Tage nach Myokardinfarkt nicht indiziert. In der VEST-Studie<sup>1</sup> wurde untersucht, ob ein tragbarer



# DGK.

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

## **Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 10/2018“**

Kardioverter-Defibrillator die Häufigkeit von plötzlichen Todesfällen während dieser Hochrisiko-Periode reduzieren könnte. Nach dem Zufallsprinzip (im Verhältnis 2:1) erhielten Patienten mit akutem Myokardinfarkt und einer Ejektionsfraktion von 35 Prozent oder weniger einen tragbaren Kardioverter-Defibrillator plus leitliniengerechte Therapie (Gerätegruppe) oder nur eine leitliniengerechte Therapie (Kontrollgruppe). Das primäre Ergebnis war die Kombination aus plötzlichem Tod oder Tod durch ventrikuläre Tachyarrhythmie nach 90 Tagen (arrhythmischer Tod). Sekundäre Endpunkte waren Todesfälle jeglicher Ursache und nicht-rhythmischer Tod.

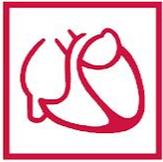
Fazit: Bei Patienten mit einem kurz zurückliegenden Myokardinfarkt und einer Ejektionsfraktion von 35 Prozent oder weniger führte der tragbare Kardioverter-Defibrillator nicht zu einer signifikant niedrigeren Rate des primären Ergebnisses des arrhythmischen Todes.

Diese Studie hat jedoch eine Reihe von Mängeln, unter anderem die Motivation der Patienten: Viele in der Gerätegruppe trugen den tragbaren Kardioverter-Defibrillator überhaupt nicht. Von den 48 Teilnehmern der Gerätegruppe, die starben, trugen nur 12 das Gerät zum Zeitpunkt des Todes. Es ist also schwierig, die Ergebnisse der Untersuchung statistisch sinnvoll zu interpretieren. Es scheint allerdings klar, dass der tragbare Defibrillator nur dann effektiv ist, wenn er auch getragen wird. Moderne Telemedizin-Nachsorgen nach einem intensiven Patiententraining können dies bei einem tragbaren Kardioverter-Defibrillator eventuell garantieren.

Zur Katheterablation (Katheter-gestützte Verödungstherapie über die Leiste) bei ventrikulären Tachykardien (Rhythmusstörungen der Herzkammern) bei Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, gibt es nun mehrere randomisierte Studien, die alle zeigen, dass die Katheterablation effektiver ist als jede medikamentöse Behandlung in Bezug auf Unterdrückung neuerlicher Episoden ventrikulären Tachykardien, aber kein Effekt hinsichtlich eines besseren Überlebens (also kein prognostischer Benefit) erkennbar war. Der Grund dafür könnte sein, dass es sich in diesen Studien um sehr kranke Patienten handelte, die am Fortschreiten ihrer kardialen Erkrankung verstarben und nicht an einem arrhythmogenen Ereignis.

Bei Patienten ohne Veränderungen an den Herzkranzgefäßen, also ohne vorangegangenen Herzinfarkt (also so genannte Dilatative Kardiomyopathie), scheint es so zu sein, dass die Erfolge der Ablation, wenn in erfahrenen Expertenzentren durchgeführt, ebenfalls sehr gut sind. Die Anzahl jener Patienten, die bei ventrikulärer Tachykardie ablatiert wurden, hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdreifacht. Pro Jahr werden in Deutschland zwischen 5.000 und 6.000 Ablationen bei ventrikulären Tachykardien durchgeführt. Einige deutschlandweite Zentren haben sich auf die Therapie dieser Patienten spezialisiert, wodurch sich die Versorgungsstruktur deutlich verbessert hat.

Eine Katheterablation könnte einen ICD bei Kammertachykardien ersetzen, vor allem dann, wenn die Pumpfunktion des linken Ventrikels nicht hochgradig eingeschränkt ist. Prinzipiell ist die Methode aber als Therapie zusätzlich zum ICD gedacht, weil es bisher keine Studie gibt, die zeigt, dass es in diesem Setting zu einer Verbesserung der Prognose kommt.



**DGK.**

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

---

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 10/2018“**

<sup>1</sup> Olgin JE et al, Wearable Cardioverter–Defibrillator after Myocardial Infarction, [September 27, 2018](#), N Engl J Med 2018; 379:1205-1215 DOI: 10.1056/NEJMoa1800781