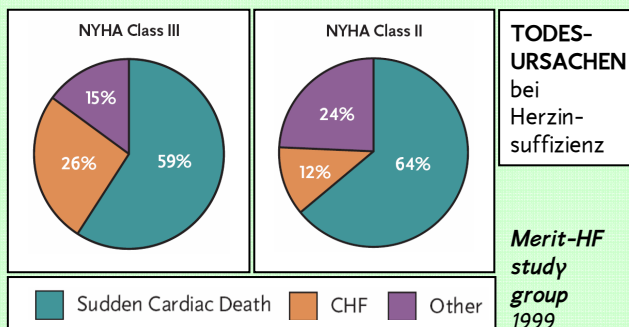


Implantierbarer Defibrillator (ICD) bei Herzinsuffizienz: Die ICD Therapie in der klinischen Praxis: Teil I

PLÖTZLICHER HERZTOD & HERZINSUFFIZIENZ

Der plötzliche Herztod (Sudden Cardiac Death) ist neben dem Pumpversagen die führende Todesursache bei der Herzinsuffizienz (HI). Die rel. Häufigkeit ist dabei abhängig vom Stadium der Herzinsuffizienz: in NYHA IV verstirbt 1/3 der Patienten plötzlich; der Prozentsatz steigt jedoch bei milder Symptomatik auf fast 2/3 an:



Der wichtigste unabhängige Risikomarker für den Herztod ist eine eingeschränkte LVEF (< 30-35%). Trotz optimierter neurohumoraler Pharmakotherapie verstirbt beinahe jeder 2. Patient dieser Hochrisiko-Gruppe plötzlich; auch die Gabe von Antiarrhythmika begünstigt nicht die Prognose. Weitere Therapiemaßnahmen sind also nötig.

HERZINSUFFIZIENZ & ICD

Der implantierbare Defibrillator (ICD) hat sich in den letzten Jahren zu einem evidenz-basierten Therapie-konzept für verschiedene Indikationsbereiche entwickelt (Cesario DA & Dec GW, 2006):

1. überlebter Herz-Kreislauf-Stillstand

Drei prospektiv randomisierte Studien, deren Ergebnisse bereits Ende der 90er Jahre publiziert wurden, belegen die Evidenz für diese Patientengruppe:

◆ AVID ◆ CIDS ◆ CASH

Ergebnisse gg.über einer Antiarrhythmika-Behandlung senkt der ICD das Mortalitätsrisiko um 35% (3 Jahre Nachbeobachtung). Allen 3 Studien zur Sekundär Prävention gemein ist, dass Patienten mit ausgeprägter LV Dysfunktion (LVEF < 35%) am deutlichsten von der ICD-Therapie profitieren.

Für Patienten, die eine lebensbedrohliche Kammer-tachyarrhythmie überlebt haben, gilt damit der ICD als die einzig indizierte Therapie-Maßnahme (Klasse IA Empfehlung; ESC 2005). Wie die Praxis zeigt, versterben allerdings die meisten am Herzstillstand (ca. 95%); eine ICD-Therapie kann somit nur noch einer Minderheit der Betroffenen angeboten werden.

Konsequenterweise wurde daher die Bedeutung des ICDs an Hochrisiko-Patienten, die noch kein Herztod-Ereignis erlitten hatten, näher untersucht:

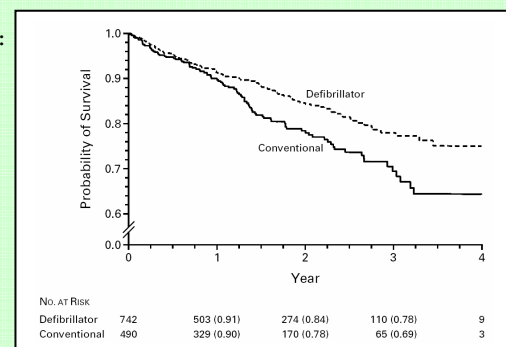
2. Primärprävention des plötzlichen Herztodes bei ischämischer Cardiomyopathie

Die ersten Untersuchungen zur Primärprävention beschränkten sich zunächst auf Postinfarkt-Patienten mit reduzierter Linksventrikelfunktion, unabhängig vom Vorliegen einer Herzinsuffizienz-Symptomatik. Zw. 1996 und 2002 wurden 3 prospektiv randomisierte Studien veröffentlicht:

◆ MADIT ◆ MUSTT ◆ MADIT II

Alle 3 Studien zeigen den Nutzen einer ICD-Therapie auf. Die Daten der größten dieser Studien (MADIT II) haben in weiterer Folge zur Klasse IA Indikation der primärpräventiven ICD-Therapie bei ischämischer Cardiomyopathie geführt (ESC 2005):

1.200 medikamentös optimierte Patienten mit einer LVEF < 30% und Status post-Infarkt (> 4 Wochen) wurden untersucht:



Moss AJ 2002

Ergebnisse gg.über einer reinen HI-Pharmakotherapie senkt der ICD das Mortalitätsrisiko um 31% binnen 20 Monaten Nachbeobachtung und verlängert das Leben im Schnitt um 1,8 Jahre (Al-Kathib SM 2005).

Die ICD Therapie in der klinischen Praxis: Teil II

- [Primärprävention des plötzlichen Herztodes bei nicht-ischämischer Cardiomyopathie](#)
- [Weitere Indikationen](#)
- [Neueste ICD Studiendaten](#)



Medtronic

Alleviating Pain • Restoring Health • Extending Life

Medtronic Österreich GmbH
Handelskai 94-96, 1200 Wien
Tel. 01-240 44 0
www.medtronic.at