

Aktualisierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) zur adaptiven Servoventilationstherapie der zentralen Schlafapnoe bei Patienten mit Herzinsuffizienz und reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion

Im Positionspapier „Schlafmedizin in der Kardiologie“, Update 2014 (Kardiologie 2015; 9: 140 – 158) hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DKG) alle bis dahin zur Verfügung stehenden Studien zum Thema schlafbezogene Atmungsstörungen und kardiovaskuläre Erkrankungen bewertet und Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie gegeben. Dieses Positionspapier spiegelt, bis auf die folgende Ausnahme, auch heute noch den Stand der Wissenschaft und die Position der DGK wieder:

Mit den bisher veröffentlichten Ergebnissen der SERVE-HF Studie (Cowie MR et al. N Engl J Med 2015; 373: 1095-105; Eulenburg C et al. Lancet Respir Med 2016; epub doi: 10.1016/S2213-2600(16)30244-2) ergibt sich eine bedeutende Änderung hinsichtlich der Therapie der prädominant zentralen Schlafapnoe mittels adaptiver Servoventilation (ASV) bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz auf dem Boden einer reduzierten linksventrikulären Ejektionsfraktion (HF-REF; Abschnitt 3.3.5.1. bzw. Tabelle 9 des Positionspapieres). Es besteht eine Übersterblichkeit im Therapiearm aufgrund plötzlicher Todesfälle außerhalb des Krankenhauses.

Die DGK schließt sich den Empfehlungen der ESC (Herzinsuffizienzleitlinie 2016; Ponikowski P et al. Eur Heart J 2016; 37: 2129-200) an, derzeit die ASV-Therapie zur Behandlung der prädominant zentralen Schlafapnoe (insbesondere der Cheyne-Stokes-Atmung) bei Patienten mit symptomatischer, chronisch-stabiler Herzinsuffizienz (NYHA II-IV) und reduzierter LV-EF nicht zu empfehlen

(Empfehlungsgrad III, Level of Evidence B). Alle anderen Empfehlungen aus dem Positionspapier zur Diagnostik und Therapie sind dadurch nicht berührt, weitere Risikogruppen nicht auszumachen.

Konkret wird empfohlen keine ASV-Therapien zur Behandlung der zentralen Schlafapnoe bei entsprechenden Patienten mit HF-REF neu einzuleiten. Patienten mit bestehender ASV-Therapie sollten über das Risiko informiert und über das weitere individuelle Vorgehen beraten werden. Da es durchaus Patienten gibt, die eine ausgeprägte subjektive Lebens- und Schlafqualitätsverbesserung unter ASV erfahren haben, bleibt es eine individuelle Entscheidung, ob eine bestehende Therapie, trotz eines potentiell erhöhten Mortalitätsrisikos, fortgesetzt wird.

Therapiealternativen zur Behandlung der zentralen Schlafapnoe bei HF-REF sind, wie im Positionspapier dargelegt, nur eingeschränkt verfügbar. Als neues Therapieverfahren ist u. a. die unilaterale Stimulation des N. phrenicus Gegenstand klinischer Studien. Angesichts der unerwarteten Ergebnisse der SERVE-HF Studie sind hier aber auch strenge Sicherheitsmaßstäbe anzulegen. Zu fordern wäre hier eine der Einschluss aller symptomatischen HF-REF Patienten in ein prospektives Mortalitätsregister, gefolgt von einer randomisiert-kontrollierten Studie. Die Therapie der zentralen Schlafapnoe bei Patienten mit HF-REF sollte bevorzugt in diesbezüglich spezialisierten Zentren durchgeführt werden. Die Therapie der obstruktiven Schlafapnoe mit/ohne Herzinsuffizienz mittels maskenbasierter Positivdrucktherapie bleibt davon unberührt.