

ASV-Therapie bei chronischer Herzinsuffizienz mit mehrheitlich zentralen Atmungsstörungen

Vorschlag für ein pragmatisches Vorgehen im klinischen Alltag am Beispiel des Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrums der Charité Berlin

unter Berücksichtigung der aktuellen Sicherheitsinformationen und der Stellungnahmen der Fachgesellschaften DGSM / DGP / DGK

Im Weiteren bezieht sich ASV auf Autoservoventilation.

Das Therapieprinzip wird in folgenden PAP-Therapiegeräten umgesetzt:

Firma ResMed: AutoSetCS, AutoSetCS PaceWave,
AirCurve 10 CS PaceWave

Firma Philips-Respironics: BiPAP autoSV

Firma Weinmann: SomnoVent CR, prisma CR

Szenario 1: Patienten mit bestehender nächtlicher ASV-Therapie

Ermittlung der aktuellen linksventrikulären Ejektionsfraktion bei jedem ASV-Patienten (objektiv mittels Echokardiographie oder Diagnose vom Facharzt) und nachfolgendes Procedere:

A) Patienten mit Ejektionsfraktion LV-EF \leq 45%:

→ Individuelle Entscheidungsfindung bezüglich Beendigung der Therapie bzw. Fortführung; dabei ausführliche Aufklärung über Risiken, Studienlage und Rechtssituation

- Bei Unklarheit / Unsicherheit hinsichtlich der Entscheidung ggf. nochmalige Polysomnographie mit Diagnostik und Stufentherapie (CPAP, BPAP-ST, ASV Sauerstoff – siehe auch unten)
- Entscheidung dokumentieren mit Unterschrift des Patienten und des aufklärenden Arztes
- Falls Fortführung der ASV-Therapie zeitnahe Therapiekontrolle (z.B. Polygraphie) mit ggf. Therapieoptimierung, dann engmaschige polygraphische Therapiekontrollen (alle 6 Monate oder früher bei klinischer Verschlechterung)

B) Patienten mit bekannter Ejektionsfraktion LV-EF > 45% zum Zeitpunkt der Ersteinstellung auf eine ASV-Therapie:

- Falls aktuell LV-EF \leq 45% sein sollte, weiteres Vorgehen wie unter A) beschrieben (siehe oben)
- Falls aktuelle LV-EF > 45% Weiternutzung des ASV-Gerätes mit regelmäßigen polygraphischen Therapiekontrollen (alle 12 Monate oder früher bei klinischer Verschlechterung oder bei verschlechterter LV-EF)

C) Patienten mit unbekannter Ejektionsfraktion LV-EF > 45%:

- Bei Kontrolluntersuchung EF erfragen
- Bei unbekannter LV-EF ambulante Echokardiographie bei Kardiologen
- Falls aktuelle LV-EF \leq 45% weiteres Vorgehen wie unter A (siehe oben)
- Falls aktuelle LV-EF > 45% Weiternutzung des ASV-Gerätes mit regelmäßigen polygraphischen Therapiekontrollen (alle 12 Monate oder früher bei klinischer Verschlechterung oder bei verschlechterter LV-EF)

CAVE: in jedem Fall muss die bestehende kardiologische Therapie bei Patienten mit Herzinsuffizienz hinsichtlich potenzieller Optimierung überprüft werden (hier ggf. Rücksprache mit dem behandelnden Kardiologen)

Szenario 2: neue Patienten mit relevanter zentraler Schlafapnoe in der polysomnographischen Diagnostik mit Therapieindikation

- Ermittlung der aktuellen LV-EF zum Ausschluss einer zugrundeliegenden kardialen Ursache (falls nicht verfügbar, Echokardiographie erst nach Entlassung aus dem Schlaflabor; ggf. erst nach Kenntnis der LV-EF ASV-Versuch)

CAVE: bei Neudiagnose einer Herzinsuffizienz muss in jedem Fall eine kardiologische Therapie eingeleitet werden (hier ggf. Rücksprache mit dem behandelnden Kardiologen), erst danach sollte bei persistierenden zentralen Atmungsstörungen eine Therapie in Betracht gezogen werden

- bei relevanter zentraler Schlafapnoe Therapieeinleitung gemäß Stufenplan:

CPAP

BPAP-ST (falls CPAP insuffizient)

ASV-Versuch (falls CPAP + BPAP-ST insuffizient und LV-EF >45%)

- bei LV-EF > 45%:
- Verordnung des optimalen Therapiemodus möglich
 - regelmäßige polygraphische Kontrollen (alle 12 Monate oder früher bei klinischer Verschlechterung oder verschlechterter LV-EF)
- bei LV-EF ≤ 45%:
- Verordnung von CPAP + BPAP-ST möglich, sofern suffizienter Therapieeffekt und Patient aufgeklärt und einverstanden ist
 - regelmäßige polygraphische Kontrollen (alle 12 Monate oder früher bei klinischer Verschlechterung oder bei verschlechterter LV-EF)
 - **ASV-Einleitung kontraindiziert!**

Falls bei gesicherter LV-EF $\leq 45\%$ unter CPAP + BPAP-ST kein suffizienter Therapieeffekt (d.h. persistierender AHI $>15/h$) erzielt werden kann und der Patient trotz optimaler leitliniengerechter kardiologischer Therapie symptomatisch ist, können folgende Alternativen diskutiert werden:

Versuch Sauerstoff transnasal (z.B. Flussrate 2l/min)

Cave wegen möglicher O₂-Toxizität!

oder

Diskussion neuartiger Therapieverfahren, z.B. Nervus phrenicus - Stimulation

Kontaktaufnahme mit entsprechendem Zentrum, z.B.

- Charité – Universitätsmedizin Berlin, CCM-CC11 Klinik für Kardiologie und Angiologie

Dr. med. Christoph Schöbel, Email: christoph.schoebel@charite.de

- Herz- und Diabeteszentrum NRW / Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Bad Oeynhausen

PD Dr. med. Olaf Oldenburg, Email: oldenburg@hdz-nrw.de

- Klinikum Bielefeld, Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink, Email: info@klinikumbielefeld.de