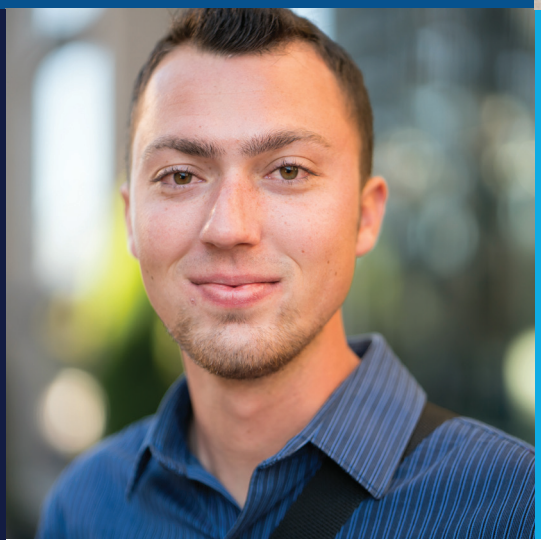
NEUE WEGE BEI DER BEHANDLUNG VON HERZINSUFFIZIENZ



VAD-Therapie



Medtronic



WELTWEIT ENTWICKELT SICH DIE VAD-THERAPIE ZU EINEM WESENTLICHEN BESTANDTEIL IN DER BEHANDLUNG VON HERZINSUFFIZIENZ.

Bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz ergeben sich durch die Erkrankung eine stark beeinträchtigte Lebensqualität sowie erhebliche persönliche und wirtschaftliche Auswirkungen durch die wiederholten Krankenhaus-aufenthalte.
Eine beträchtliche Anzahl von Patienten, für die derzeit keine LVAD-Therapie (Left Ventricular Assist Device-Therapie) erwogen wird oder die nicht überwiesen werden, könnte von dieser Therapie profitieren.[1]

Ventrikuläre Unterstützungssysteme (Ventricular Assist Devices; VADs) verändern grundlegend die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz. Zurzeit haben nur wenige Entwicklungen im Gesundheitswesen ein größeres Potenzial, die Therapie der Herzinsuffizienz zu beeinflussen.

Die VAD-Therapie ist eine Methode zur mechanischen Kreislaufunterstützung (Mechanical Circulatory Support; MCS). VADs sind mechanische Systeme, die konzipiert wurden, um einem schwachen Herzen dabei zu helfen, Blut durch den Körper zu pumpen, indem das Blut aus dem Ventrikel gesaugt und in die aufsteigende Aorta transportiert wird. VADs stellen die Herzleistung wieder her und helfen, die Symptome der Herzinsuffizienz zu lindern.



HeartWare™-HVAD™
Ventrikuläres Unterstützungssystem

BEI DER BETREUUNG VON PATIENTEN MIT FORTGESCHRITTENER HERZINSUFFIZIENZ IST ES EMPFEHLENSWERT, DIE VAD-THERAPIE ALS BEHANDLUNGSOPTION **ZU ERWÄGEN, SOLANGE DER PATIENT NOCH ZEIT HAT, EINE ENTSCHEIDUNG SELBST ZU TREFFEN.**

Sollte Ihr Patient dauerhaft symptomatisch sein und einen oder mehrere der C.H.O.I.C.E.-Risikofaktoren aufweisen, könnte er ein geeigneter Kandidat für die VAD-Therapie sein.

Wenn ein LVAD in Betracht gezogen wird, sollten von Beginn an Überleben und Lebensqualität bei fortgesetzter medikamentöser Behandlung bzw. LVAD-Therapie abgewogen werden. Diese Abwägungen sollten erfolgen, bevor ambulante inotropische Dauerinfusionen zur hämodynamischen Unterstützung bei Verschlechterung des klinischen Zustandes in Betracht gezogen werden.[2]

C **CLASS IIIB / IV**
Symptome der Klasse IIIB/IV nach NYHA-Klassifikation mit Ejektionsfraktion (EF) < 30 %[3]

H **HOSPITALIZATION**
Jeder erneute Krankenhausaufenthalt aufgrund der Herzinsuffizienz ist mit einer weiteren Reduzierung der Überlebenschancen verbunden[1]

O **OPTIMAL**
Optimale medikamentöse Behandlung ist nicht effektiv[3,4]

I **INOTROPE**
Inotropika-Therapie wird in Betracht gezogen bzw. eingeleitet[4]

C **CLINICAL**
Klinische Parameter verschlechtern sich[5]

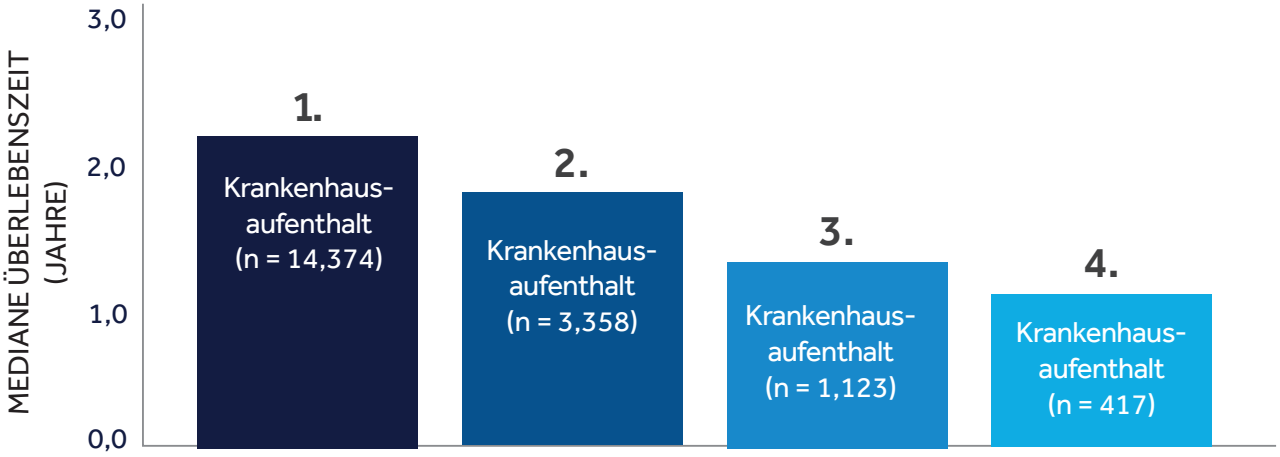
E **EVOLVING**
Funktionsstörungen der Organe entwickeln sich oder schreiten voran[3,4]



SYMPTOME, AUF DIE ZU ACHTEN IST:

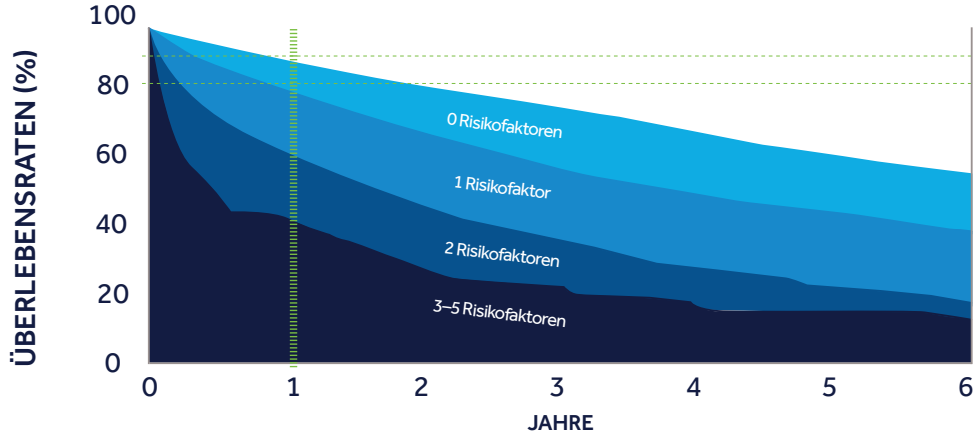
- Kurzatmigkeit bei leichter Anstrengung bzw. Atemnot im Ruhezustand[5]
- Kurze Strecke bei einem Sechs-Minuten-Gehtest (< 300 m)[3]
- Belastungstest kann bei dem Patienten nicht durchgeführt werden[3]
- Patient ist unfähig, zwei Treppenabschnitte zu steigen
- Patient kann keine 300 m gehen
- Erhöhter Diuretika-Bedarf[3]
- Intoleranz ggü. neurohormonalen Antagonisten[3] (ACEi/ARB/BB)
- Hypertonie[3]
- CRT-Non-Responder / keine Indikation[6]
- Erhöhte BNP- oder NT-proBNP-Werte im Plasma trotz adequater Behandlung der Herzinsuffizienz[7]

DIE MEDIANE ÜBERLEBENSZEIT SINKT NACH JEDEM KRANKENHAUSAUFENTHALT AUFGRUND DER HERZINSUFFIZIENZ[4]



DURCHSCHNITTSALTER VON STATIONÄREN PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ = 74,77 JAHRE

BEOBACHTETE MORTALITÄT NACH ANZAHL DER GENANNTEN RISIKOFAKTOREN[7]



ANZAHL PATIENTEN RISIKOFAKTOREN								
	0	3156	3156	2446	1893	1318	869	530
	1	1343	1343	979	708	494	329	192
	2	369	369	246	157	100	63	32
	3–5	80	80	45	29	18	13	6

Bei einem oder mehreren der Risikofaktoren sollte der Hausarzt den Patienten an eine Klinik für fortgeschrittene Herzinsuffizienz überweisen.[7]

- Systolischer Blutdruck ≤ 90 mm Hg
- Kreatinin ≥ 160 µmol/l
- Hämoglobin ≤ 120 g/l
- Keine Behandlung mit Blocker des Renin-Angiotensin-Systems
- Keine Behandlung mit Betablocker

DER BEDARF FÜR VADS IST GEGEBEN

Der Mangel an Spenderherzen und die Tatsache, dass immer mehr Patienten auf eine Transplantation warten, begründet den Bedarf an VAD-Systemen.

STATISTIK ZUR HERZINSUFFIZIENZ

1 zu 5	Das Risiko, im Laufe des Lebens eine Herzinsuffizienz zu entwickeln, beträgt sowohl bei Männern als auch Frauen im Alter von 40 Jahren **1 zu 5**.[8,13]
49 %	Weltweit: **49 %** der Patienten auf der Warteliste für eine Herztransplantation warten bereits seit mehr als einem Jahr.[12]
34 %	Die Prozentzahl der Europäer, die seit mindestens zwei Jahren auf ein Spenderherz warten, beträgt **34 %**.[12]
≈50 %	Die Überlebensrate nach der Diagnose von Herzinsuffizienz ist zwar gestiegen, die Sterblichkeitsrate ist allerdings weiterhin hoch: ≈ **50 %** der Personen, bei denen eine Herzinsuffizienz diagnostiziert wird, sterben innerhalb von fünf Jahren.[8]
57 %	In Europa warten **57 %** der Patienten, die auf der Warteliste stehen, seit mindestens einem Jahr.[12]

VIELE PATIENTEN MIT HERZINSUFFIZIENZ, DIE AUF **EIN SPENDERHERZ WARTEN, WERDEN** ABHÄNGIG VON INOTROPER UNTERSTÜTZUNG.[8]



WELTWEIT EMPFOHLEN

Eine einfache Lösung, die das Leben der Patienten grundlegend verändern kann.

Die VAD-Therapie kann eine Herzinsuffizienz nicht heilen, allerdings belegen die Daten und Trends, dass die VAD-Therapie eine alternative C.H.O.I.C.E. für Ihre Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz sein kann.

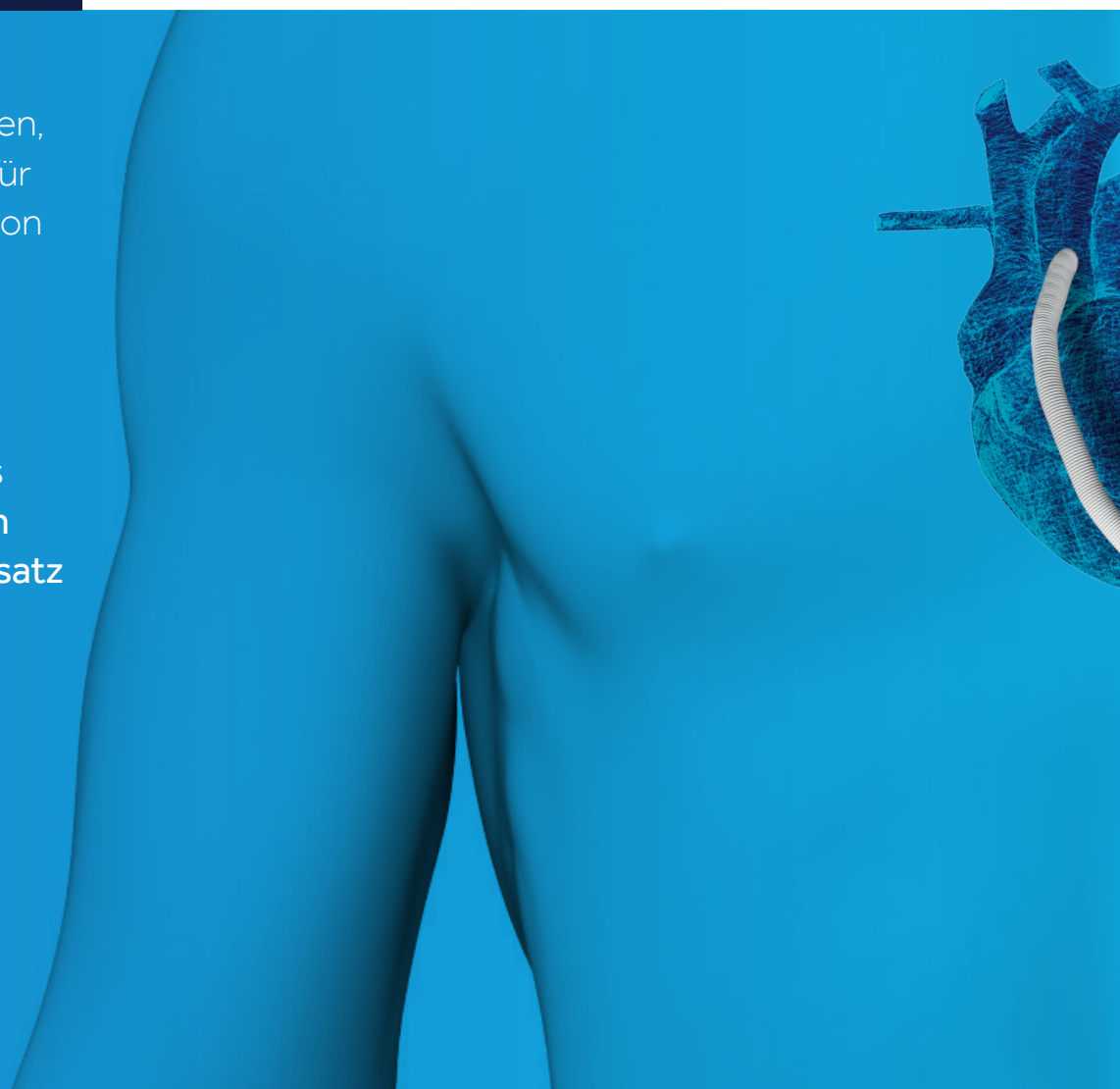
Folgende internationale Gesellschaften befürworten die VAD-Therapie als eine Option:

- American Heart Association (AHA)[3]
- European Society of Cardiology (ESC)[4]
- International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT)[14]

51%

der Patienten, die weltweit auf eine Herztransplantation warten, überbrücken die Zeit mit einem VAD.[9]

Die Anzahl der Patienten, die auf der Warteliste für eine Herztransplantation verstorben sind, ist gesunken, da die VAD-Therapie verfügbar ist. **Ohne den Einsatz von VADs verstirbt allerdings ein wesentlicher Prozentsatz dieser Patienten an fortgeschrittener Herzinsuffizienz.**[1]



Eine frühzeitige Überweisung stellt für Ihre Patienten eine alternative C.H.O.I.C.E. dar.

Trotz optimaler medikamentöser Therapie wird Ihr Patient aufgrund wiederholter Krankenhauseinweisungen mit akuten Herzinsuffizienz-Symptomen zum „Frequent Flyer" und läuft Gefahr, abhängig von inotropen Medikamenten zu werden. **Von der Patientengruppe mit mehr als drei Krankenhausaufenthalten sterben 50 % innerhalb eines Jahres.**[3] Diese Patienten könnten geeignete Kandidaten sein, um an eine Klinik für fortgeschrittene Herzinsuffizienz überwiesen zu werden.





WESENTLICHE FAKTEN:

- Herzinsuffizienz ist eine schwerwiegende Erkrankung, von der derzeit weltweit schätzungsweise 26 Millionen Patienten betroffen sind[10]
- Herzinsuffizienz ist in den USA und in Europa der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt[10]
- Die Wiedereinweisungsrate bei Herzinsuffizienz ist höher als bei allen anderen DRGs und liegt durchschnittlich bei 20 % nach 1 Monat und 50 % nach 6 Monaten[1]
- Bei rund 10 % der Patienten, die an Herzinsuffizienz leiden, ist die Erkrankung bereits fortgeschritten[11] und es treten sogar im Ruhezustand Symptome wie Kurzatmigkeit auf
- Weltweit warten etwa 50.000 Kandidaten auf eine Herztransplantation[12], allerdings werden jährlich nur rund 4.000 Herztransplantationen durchgeführt[9]

Literatur

1. Miller, L, et al. Is left ventricular assist device therapy underutilized in the treatment of heart failure? Circulation. 2011;123:1552-1558.
2. Stewart, G, et al. Who wants a left ventricular assist device for ambulatory heart failure? Early insights from the MEDAMACS screening pilot. J Heart Lung Transplant. 2015;34:1630-1633.
3. Peura, J, et al. AHA. Recommendations for the use of mechanical circulatory support: device strategies and patient selection.2012;126:2653-2667.
4. Ponikowski, P, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2012. Eur Heart J. 2016;37:2129–2200.
5. Thorvaldsen, T, et al. Triage of patients with moderate to severe heart failure who should be referred to a heart failure center. J Am Coll Cardiol. 2014;63:661-671.
6. Daubert, J, et al. 2012 EHRA/HRS expert consensus statement on cardiac resynchronization therapy in heart failure: Implant and follow-up recommendations and management. Europace. 2012;14:1236-1286.
7. Banner, N, et al. UK Guidelines for referral and assessment of adults for heart transplantation. Heart. 2011;97:1520-1527.
8. Go, A, et al. AHA statistical update. Heart disease and stroke statistics - 2013 update. A report from the American Heart Association. Circulation. 2013;127:e199-e201.
9. Lund, LH et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-third Adult Heart Transplantation Report-2016; Focus Theme: Primary Diagnostic Indications for Transplant. JHLT.2016 Oct, 35(10): 1149-1205.
10. Ambrosy, P, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure. Lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol. 2014;63:1123 -1133.
11. http://news.heart.org/heart-failure-projected-to-increase-dramatically-according-to-new-statistics/. Accessed April 3, 2017.
12. HealthResearchFunding.org. Accessed April 3, 2017.
13. Heidenreich, P, et al. AHA Policy Statement. Forecasting the impact of heart failure in the United States. A policy statement from the American Heart Association. Circ Heart Fail. 2013;6:606-619.
14. Feldman, D, et al. The 2013 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for Mechanical Circulatory Support: Executive Summary. J Heart Lung Transplant 2013;32:157–187.

Kurzdarstellung: HeartWare™-HVAD™-System

Vor Anwendung dieses Systems die Gebrauchsanweisung hinsichtlich ausführlichen Informationen zum Implantationsverfahren, zu Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen sowie zu möglichen unerwünschten Ereignissen heranziehen. Die Gebrauchsanweisung ist auf www.heartware.com/clinicians/instructions-use zu finden.

Medtronic

Medtronic
14400 NW 60th Ave
Miami Lakes, FL 33014
USA
Telephone: +1 (305) 364-1402
Fax: +1 (954) 874-1401

INTL1117DE Rev01 © Medtronic 2017. Minneapolis, MN. Alle Rechte vorbehalten. Printed in USA. 04/2017

HeartWare, HVAD, Medtronic und das Medtronic-Logo sind eingetragene Marken von Medtronic.

CE 0086

heartware.com