

Intensivierte Herzinsuffizienztherapie nach BNP-Wert?

Ein Interview mit Professor Hanspeter Brunner-La Rocca

In der TIME-CHF-Studie erwies sich eine intensiverte, nach den BNP-Werten ausgerichtete Herzinsuffizienztherapie bezüglich der gesamten Mortalitäts- und Hospitalisationsrate nicht wirksamer als eine Standardtherapie, die sich an der Symptomatik orientierte. Allerdings waren gewisse Unterschiede zwischen den Patienten unter und über 75 Jahre zu beobachten. Wir sprachen mit Professor Hanspeter Brunner-La Rocca vom Universitätsspital Basel, der die Resultate der Studie am ESC-Kongress in München vorstellte.

Ars Medici: Herr Professor Brunner-La Rocca, was war das Besondere an der TIME-CHF-Studie im Gegensatz zu früheren Herzinsuffizienzstudien?

Professor Hanspeter Brunner-La Rocca: Wir haben hier eine Patientenpopulation



Professor Hanspeter Brunner-La Rocca

untersucht, wie sie uns in der täglichen Praxis begegnet. In früheren Studien zur Herzinsuffizienz wurden hingegen gerade diese Patienten häufig ausgeschlossen. Unsere Studienpatienten waren im Durchschnitt 77 Jahre alt, in der Gruppe über 75 Jahre lag das Durchschnittsalter mit 82 Jahren noch deutlich darüber. Viele von ihnen hatten neben ihrer Herzinsuffizienz noch eine ganze Reihe anderer Krankheiten.

Wie sah Ihr Patientenkollektiv genau aus?

Brunner-La Rocca: Die meisten Studienpatienten, nämlich rund 80 Prozent, hatten zwei oder mehr zusätzliche Erkrankungen. Unsere Studie wurde in 15 Spitälern in der Schweiz und in Deutschland durchgeführt. Sie umfasste 499 herzinsuffiziente Patienten mit reduzierter Pumpfunktion des Herzens ab einem Alter von 60 Jahren, die wir in zwei Gruppen randomisierten. Die Patienten wurden in beiden Gruppen gemäss den aktuellen Richtlinien behandelt, aber die Medikamentendosierungen lagen in

der BNP-orientierten Therapiegruppe deutlich höher. Die Dosiserhöhung erfolgte in den ersten sechs Monaten nach Studieneinschluss, und das Follow-up dauerte danach noch weitere 12 Monate.

Welche Resultate konnten Sie feststellen?

Brunner-La Rocca: Die Symptome und die Lebensqualität verbesserte sich in beiden Therapiegruppen. Alle Patienten mit Herzinsuffizienz profitieren also von der aktuellen Standardtherapie. Die Mortalität war im gesamten Patientenkollektiv niedriger als ohne Therapie zu erwarten gewesen wäre. Unsere Frage war nun, ob die intensiverte, nach dem BNP-Wert orientierte Therapie, noch bessere Resultate bringen würde. Es zeigte sich, dass das nur bei den jüngeren Patienten der Fall war, nämlich bei denjenigen bis 75 Jahre. Bezogen auf die Herzinsuffizienz hatten sie eine niedrigere Mortalitäts- und Hospitalisationsrate wegen Herzinsuffizienz als diejenigen mit der Standardtherapie. Hingegen war das nicht der Fall bei den Patienten ab 75 Jahre. Ihre Mortalitäts- und Hospitalisationsrate war in beiden Gruppen etwa gleich hoch, aber ihre Lebensqualität war bei der intensivierten Therapie schlechter.

Welche Schlüsse ziehen Sie daraus?

Brunner-La Rocca: Die wichtigste Erkenntnis ist, dass Therapierichtlinien, die auf den Erfahrungen mit relativ «jungen Alten» beruhen, nicht notwendigerweise auf wirklich alte Patienten übertragbar sind, insbesondere, wenn diese gleichzeitig noch weitere Erkrankungen neben der Herzinsuffizienz aufweisen. Hier brauchen wir weitere Studien wie TIME-CHF. Ausserdem ist es nicht ratsam, mit der Medikamentendosierung bei diesen sehr alten Menschen beziehungsweise bei Patienten mit mehreren Begleiterkrankungen bis ans Limit zu gehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die intensivierete medikamentöse Therapie bei Herzinsuffizienz zwar bei den jüngeren Patienten die Mortalitäts- und Hospitalisationsrate bezüglich kardialer, also krankheitsspezifischer Faktoren zu senken vermochte, nicht aber die gesamte Mortalitäts- und Hospitalisationsrate. Es gab also bei den Patienten mit der intensivierten Therapie gesamthaft nicht weniger Spitalweisungen. Doch das ist für die Patienten letztlich entscheidend! In früheren Therapiestudien zur Herzinsuffizienz ging es hingegen meist nur um die kardiospezifischen Endpunkte. Wir sehen nun, dass der Nettoeffekt der Herzinsuffizienztherapie möglicherweise geringer ist, als man annahm. Das gilt insbesondere für herzinsuffiziente Patienten, die wegen anderer Krankheiten ein erhöhtes Mortalitäts- und Hospitalisationsrisiko haben. Das ist auch eine plausible Erklärung für das Phäno-

men, dass wir bei den herzinsuffizienten Patienten seit zwei Jahrzehnten die Mortalitäts- und Hospitalisationsrate nicht so erfolgreich senken konnten, wie man das aufgrund von Studien erwartet hatte. TIME-CHF zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, sich in Studien mit dem gleichen Patientenkollektiv zu befassen, wie wir es auch tatsächlich in der Praxis sehen. Schaut man sich hingegen die mehr oder weniger strikt handverlesenen Patientengruppen an, die üblicherweise in Studien eingeschlossen werden, wird klar, dass die entsprechenden Resultate nur mit gewissen Einschränkungen auf die Realität in der Praxis übertragbar sind.

Müssen die Therapierichtlinien bei Herzinsuffizienz nun geändert werden?

Brunner-La Rocca: Nein, das wäre verfrüht. Bevor man allfällige altersspezifische Therapieempfehlungen für herzinsuffiziente

Patienten formulieren könnte, müssen unsere Resultate erst noch in weiteren Studien bestätigt werden. Nichtsdestotrotz kann man bereits heute sagen, dass man sich bei der Behandlung älterer, herzinsuffizienter Patienten grundsätzlich an den bestehenden Richtlinien orientieren sollte, also die gleichen Medikamente gibt, wie bei jüngeren Patienten. Die Dosis sollte aber individuell angepasst werden.

Herr Professor Brunner-La Rocca, wir danken Ihnen für das Gespräch. ◆

Das Interview führte Renate Bonifer.

TIME-CHF = Trial of Intensified (BNP-guided) versus standard (symptom-guided) Medical therapy in Elderly patients with Congestive Heart Failure