

Therapie der Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz adäquat behandeln

Der Fortschritt in der Kardiologie liess die Rate an tödlichen Herzinfarkten in den letzten 30 Jahren drastisch sinken. Der Preis dafür ist die Zunahme der Herzinsuffizienzen. Wie die Funktionalität und die Lebensqualität der Betroffenen ungeachtet des Alters optimiert werden können, erklärte Prof. Frank Ruschitzka, Direktor der Klinik für Kardiologie, Universitätsspital Zürich.



Prof. Frank Ruschitzka

Gemäss Ruschitzka ist die Herzinsuffizienz mit 210 000 Patienten die häufigste Herzerkrankung in der Schweiz. Davon befinden sich je 35 Prozent im NYHA-Stadium I und II, 25 Prozent im Stadium III und 5 Prozent im Stadium IV. «Es ist die Herzerkrankung mit der höchsten Mortalität, doch können wir mit mittlerweile acht Therapien etwas dagegen tun», so der Experte. Bei einem Verdacht auf eine Herzinsuffizienz ist es wichtig, deren Wahrscheinlichkeit anhand der klinischen Vorgeschichte, der klinischen Untersuchung

sowie eines auffälligen EKG abzuklären. Bei positivem Abklärungsbefund erhärtet ein erhöhter Wert des natriuretischen Peptids (NT-proBNP \geq 125 pg/ml bzw. BNP \geq 35 pg/ml) den Verdacht weiter. Allerdings haben übergewichtige wie auch ältere Personen gemäss Ruschitzka falschtiefe Werte.

Die Diagnose wird mittels einer Echokardiografie gestellt. Je nach der linksventrikulären Auswurfraction (LVEF) ergibt sich mit LVEF < 40 Prozent eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction (HFrEF), mit LVEF 40 bis 49 Prozent eine Herzinsuffizienz mit mittlerer Auswurfraction (HFmEF) und mit LVEF \geq 50 Prozent eine Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction (HFpEF). HFmEF und HFpEF zeichnen sich durch erhöhtes BNP aus sowie zusätzlich durch eine strukturelle Herzerkrankung oder eine diastolische Dysfunktion.

Therapie bei HFrEF

Bewährte Therapien bei reduzierter LVEF < 40 Prozent (HFrEF) sind ACE-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten wie beispielsweise Spironolacton. Diese senken die Mortalität und sind in den ESC-Guidelines für den

Einsatz empfohlen (1). Ist der Patient damit immer noch symptomatisch, gibt es weitere Optionen: Der ACE-Hemmer kann durch ein ARNI (Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Hemmer) wie beispielsweise die Kombination Sacubitril/Valsartan (Entresto®) ersetzt werden. In der PARADIGM-HF-Studie wurde diese Kombination im Vergleich zu Enalapril bei 8442 Herzinsuffizienten der NYHA-Klassen II–IV getestet. Als primärer Endpunkt waren kardiovaskulärer Tod oder Hospitalisierung infolge Verschlechterung der Herzinsuffizienz definiert. Nach 27 Monaten wurde die Studie wegen überwältigenden Vorteils für Sacubitril/ Valsartan vorzeitig gestoppt. Die Hazard-Ratio betrug für die Kombination 0,8 (2). «Wichtig ist, dass bei der Umstellung vom ACE-Hemmer auf Sacubitril/Valsartan der ACE-Hemmer 36 Stunden vorher abgesetzt werden muss, ansonsten es zu Angioödemem kommen könnte.» Wurde vorher mit einem Sartan behandelt, kann direkt auf Sacubitril/Valsartan umgestellt werden. Weitere Möglichkeiten bestehen in der kardialen Resynchronisationstherapie bei Patienten mit verlängerter QRS-Zeit \geq 130 msec und der Verabreichung von Ivabradin bei einer Herzfrequenz von > 70 (1).

Bei einer Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction (HFpEF) sollten die Komorbiditäten, insbesondere die arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus, behandelt werden. Der Einsatz von Diuretika zur Symptomlinderung ist empfohlen, deren Einstellung aber nicht ganz einfach. «Mit zu viel Diuretika werden die Patienten hypoton und stürzen vielleicht unglücklich, mit zu wenig werden sie hypervoläm. Diuretika gut einzustellen, ist ein Mass für einen guten Arzt. Das ist viel Arbeit, aber die Patienten danken es», so Ruschitzka abschliessend. **Valérie Herzog ▲**

Quelle: «Herzinsuffizienztherapie: leicht gemacht». 16. Zürcher Review-Kurs in klinischer Kardiologie, 12. April 2018 in Zürich Oerlikon.

Referenzen:

1. Ponikowski P et al.: 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016; 37: 2129–2200.
2. McMurray JJ et al.: Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med 2014; 371: 993–1004.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Die Rate der tödlichen Herzinfarkte sinkt seit Jahren zum Preis einer steigenden Herzinsuffizienzrate.
- ▶ Es gibt drei Herzinsuffizienztypen: HFrEF (LVEF < 40%), HFmEF (LVEF 40–49%), HFpEF (LVEF \geq 50%).
- ▶ Die HFrEF-Therapie hat die Verbesserung der Herzfunktion zum Ziel, die HFpEF-Therapie die Behandlung der Komorbiditäten.



ESC-Guidelines Herzinsuffizienz

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>