

Herzinsuffizienz

Welche Therapie für Patienten mit HFpEF?

Rund die Hälfte aller Patienten mit einer Herzinsuffizienz weist eine erhaltene Auswurffraktion auf. Die therapeutischen Möglichkeiten sind begrenzt. Welche Massnahmen am meisten Erfolg versprechen, wurde in einem aktuellen Review zusammengefasst.

JAMA

Kasten:

Behandlungsmöglichkeiten bei HFpEF

Starke Empfehlung

- ▲ SGLT2-Hemmer:
 - ausser bei Typ-1-Diabetes, diabetischer Ketoazidose in der Vorgeschichte oder einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) < 20 ml/min/1,73 m²
- ▲ Aufklärung über HI-Selbsthilfe:
 - beinhaltet korrekte Medikamenteneinnahme, Natrium-, Kalorien- und Flüssigkeitsbeschränkungen sowie die Überwachung von Gewicht, Vitalzeichen und HI-Symptomen
- ▲ aerobes Bewegungstraining
- ▲ diätinduzierte Gewichtsabnahme plus aerobes Training für Patienten mit Adipositas
- ▲ Schleifendiuretika für Patienten mit Flüssigkeitsüberladung
- ▲ Behandlung von Bluthochdruck gemäss den Richtlinien

Kann von Nutzen sein

- ▲ Management von Vorhofflimmern

Kann in Betracht gezogen werden

- ▲ Mineralokortikoidrezeptorantagonist wie Spironolacton, wenn:
 - EF < 60%, erhöhtes BNP, kurz zurückliegender HI-bedingter Spitalaufenthalt, eGFR > 30 ml/min/1,73 m² oder Kreatinin < 2,5 mg/Tag, Serumkalium < 5,0 mmol/l und regelmässige Laborüberwachung
- ▲ Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitor (ARNI) wie Sacubitril/Valsartan, wenn:
 - EF < 45% bei Männern oder < 60% bei Frauen und wenn Risikofaktoren für HI-bedingten Spitalaufenthalt (erhöhter BNP-Wert, strukturelle Herzerkrankung oder kürzliche HI-bedingte Hospitalisierung) vorhanden sind
- ▲ Angiotensinrezeptorblocker wie Candesartan, wenn EF < 55%
- ▲ pulmonalarteriendruckgesteuerte Therapie zur Reduzierung HI-bedingter Hospitalisierungen, wenn:
 - HI-Symptome der NYHA-Klasse II–III und erhöhtes BNP/NT-proBNP oder kürzliche HI-Hospitalisierung

Potenziell schädlich oder nicht von Nutzen

(kein Nutzen im Hinblick auf die körperliche Leistungsfähigkeit oder die Lebensqualität)

- ▲ Nitrate, Sildenafil und lösliche Guanylatzyklasestimulatoren
- ▲ frequenzadaptive Vorhofstimulation bei Patienten mit HFpEF und chronotroper Inkompetenz

HFpEF: heart failure with preserved ejection fraction, SGLT2: sodium-glucose linked transporter 2, BNP: natriuretisches Peptid Typ B, NT-proBNP: N-terminales PropeptidBNP, NYHA: New York Heart Association

In den USA ist die Herzinsuffizienz (HI) die zweithäufigste Ursache einer Spitalweisung bei Erwachsenen. Entsprechend der linksventrikulären Auswurffraktion (ejection fraction, EF) wird die HI in die folgenden Untergruppen eingeteilt:

- ▲ HI mit reduzierter EF (heart failure with reduced EF, HFrEF), definiert durch eine EF von ≤ 40% oder weniger
- ▲ HI mit leicht reduzierter EF (HF with mildly reduced EF, HFmrEF), definiert durch eine EF von 41 bis 49%
- ▲ HI mit erhaltener EF (HF with preserved EF, HFpEF), definiert durch eine EF von ≥ 50%.

Bei etwa 65 Prozent der HFpEF-Patienten liegen eine Dyspnoe in Ruhe sowie eine Kongestion vor, was sich durch klinische Anzeichen wie periphere Ödeme, Aszites, jugularvenöse Ausdehnung, S3-Galopp oder erhöhten Herzfüllungsdruck bemerkbar macht. Ungefähr 35 Prozent der Betroffenen leiden unter einer «unerklärlichen» Dyspnoe bei Belastung. Bei diesen Personen liegen keine eindeutigen physischen, radiologischen oder echokardiografischen Anzeichen einer HI vor. Eine wirksame Behandlung der HFpEF ist derzeit nur begrenzt möglich. In einem ersten Schritt sollten spezifische Ursachen für das klinische Syndrom der HFpEF, die nicht auf eine HI zurückzuführen sind, wie Herzklappen-, Infiltrations- oder Perikarderkrankungen, identifiziert und behandelt werden.

Medikamentöse Behandlung

Zur pharmakologischen Erstlinientherapie stehen SGLT2-Inhibitoren (SGLT2: sodium-glucose linked trans-

porter 2) wie Dapagliflozin (Forxiga®) oder Empagliflozin (Jardiance®) zur Verfügung. Mit diesen Medikamenten konnte in randomisierten klinischen Studien die Zahl der HI-bedingten Hospitalisierungen oder der kardiovaskulären Todesfälle um etwa 20 Prozent im Vergleich zu Placebo reduziert werden. SGLT2-Inhibitoren sind kontraindiziert bei Patienten mit Typ-1-Diabetes, Ketoazidose in der Vorgeschichte, rezidivierenden Infektionen des Urogenitaltrakts oder einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) von weniger als 20 ml/min/1,73 m² (*Kasten*).

Zur Erstbehandlung von Patienten mit Kongestion gehören Schleifendiuretika wie Furosemid (Lasix® und Generika), Torasemid (Torem® und Generika) oder Bumetanid (Burinex®; in der Schweiz ausser Handel), die den Füllungsdruck des Herzens senken und die Dyspnoesyndromatik verbessern. Bei einer HI beträgt die Eliminationshalbwertszeit von Torasemid 6 Stunden, die von Furosemid 2,7 Stunden und die von Bumetanid 1,3 Stunden. Torasemid und Bumetanid sind mit einer höheren Bioverfügbarkeit verbunden als Furosemid. Während der Behandlung mit Diuretika kann es zu Hypovolämie, orthostatischer Hypotonie und akuter Nierenschädigung kommen.

Bei etwa 66 Prozent der HFpEF-Patienten tritt vor dieser Diagnose, gleichzei-

tig oder danach Vorhofflimmern auf. Bei diesen Personen ist eine Antikoagulation erforderlich. Entsprechend den Leitlinien des American College of Cardiology (ACC) und der American Heart Association (AHA) zu Vorhofflimmern (2019) sollten zusätzlich die jeweiligen Risikofaktoren für Vorhofflimmern wie Schlafapnoe, Adipositas, Schilddrüsenerkrankungen oder Herzklappenerkrankungen behandelt werden.

Mit Spironolacton (Aldactone®) oder Candesartan (Atacand®, Blopress® und Generika) wurden in Studien keine signifikant besseren Ergebnisse im Hinblick auf HI-bedingte Hospitalisierungen oder kardiovaskulären Tod erzielt, und die Fixkombination Valsartan/Sacubitril (Entresto®) war Valsartan (Diovan® und Generika) allein bezüglich dieser Endpunkte nicht signifikant überlegen.

Unter Nitraten, Sildenafil (Viagra®, Revatio® und Generika) oder löslichen Guanylatzyklasestimulatoren wurde in Studien keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit oder der Symptomatik beobachtet.

Selbsthilfe, Sport, Gewichtsreduktion

In den ACC/AHA-Leitlinien zur HI empfehlen Experten eine Schulung zur Selbsthilfe für alle Patienten mit symptomatischer HI, unabhängig von der EF.

Zu den Selbsthilfemassnahmen bei HI gehören die korrekte Einnahme von Medikamenten, eine Natrium-, Kalorien- und Flüssigkeitsbeschränkung sowie ausreichend Bewegung und die Überwachung von Gewicht, Vitalzeichen und HI-Symptomen. Ausserdem sollten die Patienten über therapeutische Massnahmen (z. B. eine Dosiserhöhung der Diuretika) bei einer Verschlechterung ihres klinischen Zustands unterrichtet werden.

Zusätzlich zur pharmakologischen Behandlung führten aerobes Bewegungstraining, vor allem in Verbindung mit Gewichtsabnahme, in Studien zu klinisch bedeutsamen Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Bei adipösen HFpEF-Patienten verbesserte eine durch Kalorienrestriktion herbeigeführte Gewichtsabnahme den funktionellen Status um etwa 6,6 Prozent im Vergleich zu Beobachten und Abwarten.

PS ▲

Quelle: Redfield MM, Borlaug BA: Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Review. JAMA. 2023;329(10):827-838.

Interessenlage: Bei den Autoren der referierten Studie liegen keine Interessenkonflikte vor.