

Wichtige europäische Guidelines auf aktuellem Stand

Je mehr Behandlungsmöglichkeiten bestehen, desto wichtiger sind Guidelines

Die European Society of Cardiology hat, teilweise zusammen mit weiteren Fachgesellschaften, letztes Jahr Guidelines zu Herzinsuffizienz, kardiovaskulärer Prävention, Lipidmanagement, Kardioonkologie und Vorhofflimmern herausgegeben. Hier werden wichtige Punkte in Kürze zusammengefasst.

In der Schweiz leben schätzungsweise 2,1 Prozent der Bevölkerung – oder rund 175 000 Patienten – mit Herzinsuffizienz. Ihre Prognose ist insgesamt ungünstiger als jene von Krebspatienten, denn nach fünf Jahren ist die Hälfte tot. «Wenn wir keine Medikamente und keine Devices hätten, würden wir nicht darüber sprechen. Aber wir können etwas gegen Herzinsuffizienz unternehmen. Wir können sie verhüten und wir können sie sehr effektiv behandeln», erklärte Prof. Frank Ruschitzka, Klinik für Kardiologie, Universitätsspital Zürich, «deshalb sind die Guidelines wichtig.»

Chronische Herzinsuffizienz

Die 2016 publizierten revidierten ESC-Guidelines zum Management der Herzinsuffizienz haben hinsichtlich Diagnostik nicht viel Neues zu bieten (1). Allerdings sollte nach der Einführung von Valsartan/Sacubitril nicht mehr das BNP bestimmt werden, sondern NT-proBNP, da der Angiotensinrezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI) den Abbau vasoaktiver Peptide inklusive BNP beeinflusst. Neu unterscheiden die Guidelines neben der Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction (heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) und mit deutlich reduzierter Auswurfraction (heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF) eine Herzinsuffizienz mit Auswurfraction im mittleren Bereich (mid-range, HFmrEF, LVEF 40–49%). Die neue Kategorie hat vorderhand keine praktische Bedeutung, soll aber zukünftig Anregung für wissenschaftliche Fragestellungen und Studien bei dieser Patientengruppe geben.

Für Herzinsuffizienzpatienten, die einen ACE-Hemmer tolerieren, bietet Valsartan/Sacubitril eine wichtige Alternative, gab sich Ruschitzka überzeugt. Da die Ergebnisse der PARADIGM-HF-Studie (2) eindrücklich positiv ausfielen, wurde der ARNI in die Guidelines aufgenommen (Evidenzklasse I, Level B). Kontraindikationen für die Behandlung sind Angioödem, ausgeprägte Niereninsuffizienz und Schwangerschaft. Valsartan/Sacubitril muss vorsichtig auftitriert werden. Bestand die Therapie zuvor aus einem niedrig dosierten ACE-Hemmer (z.B. < 10 mg Lisinopril) oder Angiotensinrezeptorblocker (ARB), beträgt die Anfangsdosis 2 × 50 mg/Tag, sonst 2 × 100 mg/Tag. Dann wird alle zwei bis vier Wochen gesteigert bis zur Zieldosis von 2 × 200 mg/Tag. Unter den Vorsichtsmassnahmen ist zu erwähnen, dass der bishe-

rige ACE-Hemmer mindestens 36 Stunden vor der ersten Valsartan/Sacubitril-Dosis gestoppt werden muss. Auch darf nicht mit einem ACE-Hemmer, ARB oder Aliskiren kombiniert werden. Bei einem systolischen Blutdruck ab 100 mmHg sollte die Hypotoniegefahr unter dem ARNI keine Probleme bereiten.

Akute Herzinsuffizienz

Mit den besseren Behandlungsmöglichkeiten bei chronischer Herzinsuffizienz ist die akute Herzinsuffizienz im weiteren Verlauf ins Zentrum gerückt. In der TRUE-AHF-Studie wurde der neue Wirkstoff Ularitid bei akuter Herzinsuffizienz geprüft (3). Ularitid verbessert die Herzdilatation und die intravaskuläre Volumenüberlastung. In der Studie liessen sich günstige physiologische Effekte nachweisen. Die Infusion des Vasodilatators ergab aber keinen Einfluss auf einen kombinierten klinischen Endpunkt und keine Senkung der Mortalität. Das Studienkollektiv umfasste jedoch auch 13 Prozent Patienten, die gemäss Einschlusskriterien nicht hätten randomisiert werden dürfen. In dieser Gruppe war Ularitid Placebo unterlegen, bei den übrigen Teilnehmern hingegen überlegen, wie Ruschitzka anmerkte. Relaxin, ein anderes vasoaktives Peptid, wird zurzeit in einer Studie bei akuter Herzinsuffizienz untersucht.

Kardiovaskuläre Prävention

2016 sind auch europäische Guidelines zur Prävention von Herzgefässerkrankungen in der klinischen Praxis erschienen (4). Sie richten sich sowohl an Kardiologen als auch an Allgemeinärzte, so Prof. Pedro Marques-Vidal, Departement für Innere Medizin, CHUV, Lausanne, und enthalten zwei Kernbotschaften. Die Prävention kardiovaskulärer Krankheiten – sowohl durch Änderungen des Lebensstils als durch Medikamente – ist in vielen Szenarien kosteneffektiv, inklusive Eingriffen auf Bevölkerungsebene und bei Hochrisikopatienten. Die Kosteneffektivität beruht auf verschiedenen Faktoren, wozu das kardiovaskuläre Ausgangsrisiko, die Kosten von Medikamenten oder Interventionen, die Art der Vergütung und der Erfolg präventiver Bemühungen gehören.

Neben vielen anderen Faktoren bestimmen die Lipidspiegel das kardiovaskuläre Risiko. Guidelines zu diesem Thema erschienen ebenfalls neu (5). Diese empfehlen ein Screening bei Männern über 40 Jahre und bei Frauen

über 50. Eine bessere Risikoabschätzung ist mit dem SCORE-System möglich. Wichtig ist das Gesamtrisiko. Dies beinhaltet aber auch Flexibilität: Wenn sich bei einem einzelnen Risikofaktor (z.B. beim so oft schwierigen Rauchstopp) eine perfekte Beeinflussung nicht erzielen lasse, könne das Risiko immer noch gesenkt werden, indem die Anstrengungen bei anderen intensiviert würden, erklärte Marques-Vidal.

Kardioonkologie

Die Erfolge der Tumorbehandlung bescherten heute zunehmend Probleme auf kardiologischem Gebiet, stellte Prof. Thomas Suter, Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital Bern, fest. Es gibt immer mehr Krebsüberlebende, und Krebsbehandlungen haben kardiovaskuläre Nebenwirkungen. Die therapiebedingten Erkrankungen, viele davon kardiovaskulär, übersteigen die Krebsmortalität. Die kardiovaskulären Nebenwirkungen systemischer Krebstherapien umfassen Arrhythmien und QT-Verlängerung, kardiale Dysfunktion (akute und chronische Kardiotoxizität), Thromboembolismus, Angina Pectoris und Myokardinfarkt, systemische und pulmonale Hypertonie, periphere arterielle Erkrankung und Pleuraergüsse. Als Folgen der Strahlentherapie sind Klappenerkrankungen, kardiale Dysfunktion, Perikarderkrankungen und Überleitungsstörungen bekannt. Die Wahl jeder Krebstherapie müsse daher gleichzeitig Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Toxizität berücksichtigen, betonte Suter. Ein ESC-Positionspapier stellt die wichtigen Probleme in der Kardioonkologie dar (6). Eine Kurzfassung (ESC Pocket Guidelines Cardio-Onco) ist unter www.escardio.org bestellbar.

Vorhofflimmern

Auch zum Management des Vorhofflimmerns sind 2016 ESC-Guidelines erschienen, berichtete Dr. med. Stefano Benussi, Herzchirurgie, Universitätsspital Zürich (7). Zur Diagnose eines Vorhofflimmerns ist in jedem Fall ein EKG notwendig, und bei allen Patienten wird eine transthorakale Echokardiografie zur Steuerung der Therapie empfohlen. Die Guidelines unterscheiden beim integrierten Management des Vorhofflimmerns fünf Bereiche:

- akute Frequenz- und Rhythmuskontrolle (z.B. Betablocker, Kardioversion)
- auslösende Faktoren beeinflussen (Lebensstil, zugrunde liegende kardiale Erkrankungen)
- Hirnstrichrisiko bestimmen (orale Antikoagulanzen bei Risiko für Stroke)
- Puls bestimmen (Therapie zur Frequenzkontrolle)

- Symptome erfassen (Antiarrhythmika, Kardioversion, Katheterablation, chirurgischer Eingriff).

Ziel der ersten drei Punkte ist eine Verbesserung der Lebenserwartung, alle Punkte zusammen tragen zu einer besseren Lebensqualität, Autonomie und sozialer Funktion und Einbettung bei.

Zur besseren Charakterisierung der Symptomatik wird für die klinische Praxis und für Studien empfohlen, die modifizierte Skala der European Heart Rhythm Association (EHRA) zu benutzen (*Kasten*), die sich an die Einteilung der Herzinsuffizienz gemäss New York Heart Association (NYHA) anlehnt.

Die Guidelines geben auch Empfehlungen zu invasiven Eingriffen bei Vorhofflimmern, wie Katheterablation oder Pulmonalvenenisolation. Insgesamt sprechen die in einer Metaanalyse zusammengefassten Studien zur Chirurgie bei Vorhofflimmern bei geeigneten Patienten und an erfahrenen Herzzentren für ein derartiges Vorgehen in ausgewählten Fällen. Vorhofflimmern, -flattern und Vorhofftachykardien waren im Vergleich zu keiner Ablation signifikant seltener.

Halid Bas

Quelle: «Joint ESC-SSC/SSCS Guidelines Session». Gemeinsame Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaften für Kardiologie (SGK) und für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC), 7. bis 9. Juni 2017 in Baden.

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(27): 2129–2200.
2. McMurray JJ et al.: Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014; 371(11): 993–1004.
3. Packer M et al.: Effect of Ularitide on Cardiovascular Mortality in Acute Heart Failure. N Engl J Med. 2017; 376(20): 1956–1964.
4. Piepoli MF et al.: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016; 37(29): 2315–2381.
5. Catapano AL et al.: 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J. 2016; 37(39): 2999–3058.
6. Zamorano JL et al.: 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37(36): 2768–2801.
7. Kirchhof P et al.: 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016; 37(38): 2893–2962.

ESC-Guidelines Herzinsuffizienz



Kurzlink:
<https://www.rosenfluh.ch/qr/esc-guidelines-herzinsuffizienz>

Europäische Guidelines kardiovaskuläre Prävention



Kurzlink:
<https://www.rosenfluh.ch/qr/kardiovaskulaere-praevention>

ESC/EAS-Guidelines für die Behandlung von Dyslipidämien



Kurzlink:
<https://www.rosenfluh.ch/qr/behandlung-von-dyslipidaemie>

ESC-Positionspapier Kardiotoxizität von Krebstherapien



www.rosenfluh.ch/qr/esc-positionspapier

ESC-Guideline für Vorhofflimmern (deutsch)



Kurzlink:
https://www.rosenfluh.ch/qr/ESC-Vorhofflimmern_d

Modifizierte EHRA-Skala zur Erfassung der Symptomatik bei Vorhofflimmern (7)

	Symptome	Beschreibung
EHRA I	keine	Vorhofflimmern verursacht keinerlei Symptome
EHRA IIa	leicht	normale tägliche Aktivität wird durch Vorhofflimmern nicht beeinträchtigt
EHRA IIb	mittel	normale tägliche Aktivität wird durch Vorhofflimmern nicht beeinträchtigt, aber der Patient ist durch die Symptome beunruhigt
EHRA III	schwer	normale tägliche Aktivität wird durch Vorhofflimmern beeinträchtigt
EHRA IV	behindernd	normale tägliche Aktivität durch Vorhofflimmern beendet