

Akute Herzinsuffizienz

Schnell und entschlossen trockenlegen

Patienten mit Herzinsuffizienz können immer wieder dekompensieren. Was dann zu tun ist, wann mit den Massnahmen gestoppt werden kann und wie ein möglichst guter Übergang vom Spital zum behandelnden Arzt aussehen kann, erklärte Prof. Christian Müller, Universitäres Herzzentrum, Universitätsspital Basel, am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SSC) in Basel.



Foto: vh
Christian Müller

Bei einer akuten Herzinsuffizienz ist neben einer ventilatorischen Unterstützung, falls diese aufgrund einer respiratorischen Insuffizienz notwendig ist, die rasche medikamentöse Ausschwemmung mit einem Schleifendiuretikum sehr wichtig. Parallel muss der Trigger der akuten Herzinsuffizienz gesucht und gezielt behandelt werden. «Das können Tachyarrhythmien, hypertensive Krisen, ein akutes Koronarsyndrom, systemische Infekte, mechanische Ursachen oder eine Tamponade sein», so Müller.

Hat der Patient in seiner Grundmedikation bereits ein orales Schleifendiuretikum, sollte für die Dekongestion gemäss der Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) 1- bis 2-mal täglich die orale Dose i. v. verabreicht werden, im negativen Fall erfolgt die Entwässerung mit Furosemid i. v. 40 mg. Wichtig ist es, die Effizienz der initialen Dosierung zu monitorisieren und gegebenenfalls zügig anzupassen. Dies wurde in den letzten Jahren oft vernachlässigt. Als Kontrolle dient einerseits der Natriumspiegel im Spoturin, der nach 2 Stunden bei $\geq 50\text{--}70$ mEq/l liegen sollte, und andererseits die Urinmenge, die nach 6 h $\geq 100\text{--}150$ ml/h betragen sollte. Oder einfacher, vor allem wenn der Patient wie meistens keinen Blasenkatheter hat: «Der Patient hat in den folgenden 2 h 2-mal Wasser gelassen», so Müller.

War diese Massnahme erfolgreich, soll die Diuretikumdosis alle 12 h erneut i. v. verabreicht werden, im negativen Fall ist die i. v.-Dosis alle 6 Stunden bis zur Maximaldosis zu verdoppeln. Nach 2 bis 6 Stunden sollten die Natrium- und Urinmengen erneut auf die vorgenannten Zielwerte kontrol-

liert werden. Sind diese Massnahmen erfolgreich, können sie bis zur kompletten Dekongestion fortgesetzt werden. Dabei sollen alle 24 h das Serumkreatinin und die Elektrolyte sowie das Gewicht kontrolliert werden. Waren die diuretischen Massnahmen mit Furosemid nicht erfolgreich, und konnten die Zielwerte nicht erreicht werden, sollte mit einer Kombination von harntreibenden Substanzen nachgeholfen werden (1), zum Beispiel mit einem zusätzlichen SGLT2-Hemmer plus Spironolacton plus eventuell Metolazon oder Azetazolamid (2). Aufgrund aktueller Daten von randomisierten Studien sollte die Indikation zur Kombinationstherapie mit zumindest zwei unterschiedlich wirkenden Diuretika zur sequenziellen Nephronblockade grosszügig gestellt werden.

Morphin und Vasodilatation

Von einer routinemässigen Morphingabe bei Patienten mit einer akuten Herzinsuffizienz raten die Guidelines dagegen ab; Morphin bleibt ausgewählten Patienten mit starken Schmerzen oder grosser Angst vorbehalten (1). Auch Vasodilatoren wie Nitrate bringen in der Behandlung der akuten Herzinsuffizienz keinen zusätzlichen Nutzen, wie die GLACTIC-Studie, an der Müller beteiligt war, zeigte. Die Strategie einer frühen intensiven und anhaltenden Vasodilatation brachte im Vergleich zur Standardbehandlung keinen Vorteil hinsichtlich Gesamtmortalität oder Rehospitalisierung innerhalb von 180 Tagen (3).

Wann kann die Notfalldiurese gestoppt werden?

Weil das Trockengewicht beziehungsweise das Ausgangsgewicht vor allem bei Männern nicht immer bekannt ist, muss die Euvolämie anhand verschiedener Parameter abgeschätzt werden. Der Rückgang der Dyspnoe ist laut Müller jedoch der zuverlässigste Parameter. Eine Reduktion der Ödeme, des NT-proBNP sowie die Normalisierung der Hämkonzentration können weitere Zeichen sein (4). Viele Patienten benötigen auch bei Spitalentlassung ein Schleifendiuretikum wie beispielsweise Torasemid 10 mg/Tag.

Roadmap nach der Spitalentlassung

Um den Übergang vom Spital hat Müller in Zusammenarbeit mit Hausärzten und niedergelassenen Kardiologen eine

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Eine akute Herzinsuffizienz erfordert eine i. v.-Therapie mit Furosemid, ungeachtet einer bestehenden oralen Diurese.
- ▶ Der Erfolg einer Notfalldiurese bei akuter Herzinsuffizienz muss nach 2 h nachkontrolliert werden.
- ▶ Morphin und Vasodilatoren bringen keinen Nutzen.

Roadmap erstellt, die das Vorgehen für die erste Zeit nach dem Spitalaufenthalt beschreibt (5). Demgemäss wird noch während des Spitalaufenthalts die Herzinsuffizienztherapie bestehend aus ACE-Hemmer/ARNI, Betablocker, Mineralokortikoid und SGLT2-Hemmer installiert und die erste Nachkontrolle beim Hausarzt beziehungsweise Kardiologen organisiert. Die Auftitrierung der Langzeitmedikation erfolgt dann nach der Entlassung zusammen mit dem behandelnden Arzt. Der Patient muss ausserdem über die Kontrolle seines Gewichts instruiert werden. In der ersten Zeit nach der Entlassung empfiehlt sich die erste Nachkontrolle beim Hausarzt beziehungsweise Kardiologen innerhalb der ersten Woche nach Spitalentlassung und die zwei weiteren im Abstand von 1 bis 2 Wochen, je nach Zustand des Patienten und dessen Komorbiditäten. Alle 2 bis 4 Wochen sollen die Dosen der Therapie (Sartan/ACE-Hemmer/ARNI/MRA und Betablocker) erhöht, allfällige Nebenwirkungen erfragt und dem Patienten ein angepasster Medikationsplan ausgehändigt werden(5). ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Decongestion in acute heart failure: fast & furious». Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, 21. bis 23. Juni 2023 in Basel.

Referenzen:

1. McDonagh TA et al.: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2022;24(1):4-131.
2. Mullens W et al.: The use of diuretics in heart failure with congestion - a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2019;21(2):137-155.
3. Kozuharov N et al.: Effect of a strategy of comprehensive vasodilation vs usual care on mortality and heart failure rehospitalization among patients with acute heart failure: the GALACTIC randomized clinical trial. *JAMA.* 2019;322(23):2292-2302.
4. Breidthardt T et al.: Impact of haemoconcentration during acute heart failure therapy on mortality and its relationship with worsening renal function. *Eur J Heart Fail.* 2017;19(2):226-236.
5. Mueller C et al.: Roadmap for the treatment of heart failure patients after hospital discharge: an interdisciplinary consensus paper. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20159.