

Krankenhausaufenthalten äußert, als auch im Sinne einer Abnahme der Mortalität, zu verbessern.

Basis der medikamentösen Therapie ist im chronischen, stabilen Stadium die Gabe von Beta-Blocker und ACE-Hemmer bzw. Angiotensin-Rezeptor Blocker (Sartane). Zuletzt wurde die zusätzliche Verbesserung bei diesen Patienten durch Mineralkortikoid-Rezeptor Antagonisten (MRA), Angiotensin-Rezeptor Blocker plus Nephrylin Inhibitor (ARNI) und überraschend bei den neuen Diabetes Medikamenten, die den Natrium (Sodium)-Glucose Cotransporter-2 (SGLT2) hemmen, gezeigt.

Bezüglich MRA konnte bereits 1999 eine Studie einen positiven Effekt von Spironolacton auf die Mortalität (30% Senkung) als auch die Hospitalisierung wegen Dekompensation (35% Reduktion) zeigen. Als Nebenwirkung trat bei 10% der Männer eine Gynäkomastie auf. Eine weitere, größere Studie untersuchte die Wirkung von Eplerenone bei HFrEF (EMPHASIS-HF Study) und konnte eine 37% Reduktion des primären Endpunktes bestehend aus kardiovaskulärem Tod und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz zeigen. Sowohl die Gesamt- als auch die kardiovaskuläre Todesrate war um 24% reduziert. Unter Eplerenone kam es häufiger zu Hyperkaliämien.

Die Kombination Valsartan und Sacubitril (ARNI) hemmt den Angiotensin Rezeptor (ein alt bekanntes Prinzip) und den Abbau von Peptid Hormonen, wie des atrialen natriuretischen Peptids (ein neuer Wirkmechanismus in der Therapie der Herzinsuffizienz) und könnte so eine Verbesserung erzielen. Tatsächlich zeigte sich in der PARADIGM-HF Studie gegenüber Enalapril eine 20% Reduktion von kardiovaskulärem Tod und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz. Auch der Endpunkt kardiovaskulärer Tod alleine wurde um 20% reduziert, die Gesamtmortalität um 16%.

SGLT2 Hemmung stellt ein neues Prinzip in der Diabetestherapie dar. Diese Medikamente (Empagliflozin, Dapagliflozin und Canagliflozin) verbessern nicht nur die Stoffwechsellage und die kardiovaskulären Komplikationen bei Diabetiker sondern verbesserten auch deutlich Herzinsuffizienz und Nierenfunktion. Es wurden daraufhin diese Medikamente auch bei Patienten mit Herzinsuffizienz getestet und zeigten positive Effekte unabhängig davon ob ein Diabetes bestand oder nicht. In der DAPA-HF Studie zeigte sich durch Dapagliflozin eine 25%-ige Reduktion des Endpunktes kardiovaskulärer Tod oder Verschlechterung der Herzinsuffizienz.

Der Endpunkt kardiovaskulärer Tod alleine war um 18% reduziert. In der EMPEROR-Reduced Studie, die vor kurzem vorgestellt wurde, zeigte sich durch die Behandlung mit Empagliflozin eine Reduktion des Endpunktes kardiovaskulärer Tod oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz um 25%. Die häufigsten Nebenwirkungen dieser Medikamente sind, meist unkomplizierte, genitale Infekte, die sich meist durch einfache hygienische Maßnahmen verhindern lassen.

Insgesamt stehen uns zur Therapie der Herzinsuffizienz neben Beta-Blocker und ACE-Hemmer bzw. Sartane nun weitere Substanzen zur Verfügung, deren Wirkung durch exzellente Studien abgesichert ist. Soll man nun diese Substanzen (MRA, ARNI und SGLT2-Hemmer) bei Patienten mit HFrEF einsetzen oder noch zurückhaltend sein? Es wurde vor kurzem dazu eine Berechnung publiziert (1) mit der man abschätzen kann was eine solche erweiterte Therapie (also zusätzlich ARNI, MRA und SGLT2-Hemmer) bringen könnte: dabei zeigte sich eine Reduktion der Hospitalisierung durch Herzinsuffizienz von 68%, der kardiovaskulären Mortalität von 50% und der Gesamtmortalität von 47%. Dies würde zu einer Zunahme der Lebenserwartung von 1.4 Jahren bei einem 80-jährigen Patienten und von 6.3 Jahren bei einem 55 jährigen Patienten führen. Ich denke diese Zahlen belegen eindrucksvoll, dass wir unsere Patienten mit Herzinsuffizienz stets ‚State of the art‘ behandeln müssen, um den maximalen Effekt an Lebensqualität und Lebenserwartung zu erzielen.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen mein Team und ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Primar Ao. Univ. Prof. Dr. Rudolf Kirchmair
Departmentleiter Kardiologie


REHA ZENTRUM MÜNSTER
Klinikum für Rehabilitation in Tirol

Referenzen

(1) Vaduganathan et al.,
Lancet 2020;396:121-28

