Die wenig bekannte Seite der Herzschwäche

Diastolische Dysfunktion – ein noch offenes Kapitel

In der Symptomatik gleichen sie sich – doch ansonsten hat die „diastolische“ mit der systolischen Herzinsuffizienz wenig gemein.

Bei etwa jedem zweiten Patienten mit typischen Zeichen einer Herzinsuffizienz ist die systolische linksventrikuläre Funktion noch weitgehend normal. Das Wissen über diese oft als „diastolisch“ charakterisierte Form der Herzschwäche ist spärlich. Sie wird häufig bei älteren Patienten, bei Frauen sowie in Assoziation mit Bluthochdruck und Linksherzhypertrophie beobachtet. Für ihre Diagnose müssen drei Kriterien erfüllt sein:

1. Zeichen und/oder Befunde der Herzinsuffizienz
2. Nachweis einer normalen oder leicht reduzierten linksventrikulären systolischen Funktion
3. Hinweise auf eine gestörte linksventrikuläre Relaxation, Füllung, diastolische Dehnbarkeit oder Steifigkeit.

Die Dopplerechokardiographie ist beim Nachweis die Methode der Wahl.

Empirisch statt evidenzbasiert

Eine „evidenzbasierte“ Standardtherapie wie bei systolischer Herzinsuffizienz gibt es nicht. Die Behandlung ist rein empirisch. Empfohlen wird etwa eine gute Einstellung des Blutdrucks bei bestehender Hypertonie. Erste größere Studien (CHARM-Preserved, PEP-CHF, I-Preserve) haben gezeigt, dass Pharmakotherapien wie ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker, die bei systolischer linksventrikulärer Dysfunktion nachweislich eine Reduktion von Morbidität und Mortalität bewirken, einen ver-

gleichbaren Nutzen bei Herzinsuffizienz mit erhaltener systolischer Funktion vermissen lassen. Dies könnte auf eine unterschiedliche Pathogenese beider Herzinsuffizienz-Typen zurückzuführen sein.

Nur magere Therapieerfolge

Um die Wirksamkeit bisher untersuchter Pharmakotherapien bei diastolischer Herzinsuffizienz zu prüfen, hat eine australische Arbeitsgruppe¹ die Daten von 30 Studien mit insgesamt fast 54.000 Patienten ausgewertet. Die Ergebnisse zeugen von sehr bescheidenen Therapieerfolgen. Für keine untersuchte einzelne Wirkstoffklasse wie ACE-Hemmer, Angioten-

sin-Rezeptorblocker, Betablocker sowie Vasodilatoren oder Kombinationen konnte im Beobachtungszeitraum ein günstiger Einfluss auf die Gesamtsterberate nachgewiesen werden. Ebenso wenig gab es in den Studien Anzeichen für eine Verbesserung der diastolischen linksventrikulären Funktion durch die Therapien.

Einzig greifbarer Erfolg: In sechs kontrollierten Studien, in denen die Wirkung auf die Belastungskapazität im Blickpunkt stand, wurde eine signifikante Verlängerung der Belastungsdauer bei Therapie mit Vasodilatoren oder chronotropen Substanzen wie Verapamil oder Betablocker beobachtet. (Peter Overbeck)

¹ Holland DJ et al, JACC 2011, 57: 1676

Davor warnen die neuen Leitlinien

Bei Herzinsuffizienz nicht per se antikoagulieren

Die neuen ESC-Leitlinien zählen auch Therapien auf, die bei Herzinsuffizienz explizit nicht zu empfehlen sind – sei es wegen nicht bewiesenen Nutzens oder wegen potenzieller Risiken.

Herzinsuffizienz ist demnach per se keine Indikation für eine Behandlung mit Statinen. In zwei großen Studien (CORONA, GISSI-HF) konnte kein Einfluss dieser Lipidsenker auf die kardiovaskuläre Mortalität und Morbidität nachgewiesen werden. Herzinsuffizienz allein ist auch kein hinreichender Grund für eine orale Antikoagulation. Anders

sieht es dagegen aus, wenn gleichzeitig Vorhofflimmern besteht. Glitazone und die meisten Kalziumantagonisten (mit Ausnahme von Amlodipin und Felodipin) sollten nicht verwendet und NSAR und Cox-2-Hemmer wenn möglich vermieden werden. Auch eine Zusatztherapie mit einem Angiotensin-Rezeptorblocker in Kombination mit einem ACE-Hemmer plus einem Mineralcortikoid-Antagonisten wird wegen Risiken (renale Dysfunktion, Hyperkaliämie) ausdrücklich nicht empfohlen. (ob)

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx>