Herzinsuffizienz

Die Therapie im Licht der neuen Leitlinien

Die europäischen Leitlinien zum Management bei Patienten mit Herzinsuffizienz sind aktualisiert worden. Neu ist unter anderem die Positionierung einer innovativen Pharmakotherapie (Valsartan/Sacubitril) im Behandlungsalgorithmus.

Die European Society of Cardiology (ESC) hat ihre diesjährige Tagung „Heart Failure 2016“ in Florenz genutzt, um ihre gemeinsam mit der Heart Failure Association (HFA) überarbeiteten Leitlinien zur akuten und chronischen Herzinsuffizienz der Öffentlichkeit zu präsentieren.

Zur selben Zeit veröffentlichten auch die kardiologischen Fachgesellschaften ACC und AHA in den USA einen Teil ihrer aktualisierten Guidelines in Form eines „Focused Update“, das sich zunächst ausschließlich mit der veränderten Pharmakotherapie bei Herzinsuffizienz befasst. Beide Updates erfolgten diesmal in enger Abstimmung der Leitlinien-Komitees in Europa und den USA. Dennoch sind unterschiedliche Nuancen zu erkennen.

Aktualisierung nach vier Jahren

Als 2012 die jetzt überarbeiteten Herzinsuffizienz-Leitlinien erschienen, waren Begriffe wie LCZ696 oder Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor (ARNI) nur wenigen Experten geläufig. Dass es sich dabei um eine duale wirksame Kombination aus dem AT₁-Rezeptorblocker Valsartan und dem Neprilysin-Hemmer Sacubitril in einer Tablette handelt, ist breiteren Kreisen erst mit der PARADIGM-HF-Studie bekannt geworden.

Sie hat gezeigt, dass Sacubitril/Valsartan dem ACE-Hemmer Enalapril bei symptomatischen Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Stadien II–IV, überwiegend Stadium II) und linksventrikulärer Dysfunktion (Auswurfraction < 35%) sowie erhöhten BNP-Werten in puncto Reduktion von Morbidität und Mortalität klar überlegen ist.

Die Transformation der PARADIGM-HF-Ergebnisse in Empfehlungen für die

Praxis ist die wichtigste Neuerung in den aktualisierten ESC-Leitlinien. Bei der Einordnung von Sacubitril/Valsartan in den Therapiealgorithmus hat man sich relativ eng an die Vorgaben durch die Einschlusskriterien dieser Studie gehalten.

Grundpfeiler jeder Pharmakotherapie bei HFrEF bleiben demnach auch künftig ACE-Hemmer (bei Unverträglichkeit: AT₁-Rezeptorblocker) und Betablocker. Bei weiterhin bestehenden Symptomen soll dann ein Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist (MRA) wie Spironolacton oder Eplerenon als dritter neurohumoraler Wirkansatz dem Therapieregime hinzugefügt werden.

Wenn Symptome auch unter dieser Dreier-Kombination persistieren, rückt auf der nächsten Stufe bei Patienten mit einer Auswurfraction unter 35% nun die ARNI-Therapie in den Blickpunkt: Mit höchstem Empfehlungsgrad (Klasse I) sehen die neuen Leitlinien in diesem Fall den Austausch eines ACE-Hemmers/AT₁-Blockers gegen eine Therapie mit Sacubitril/Valsartan vor. Damit berücksichtigten die neuen ESC-Leitlinien, dass in der PARADIGM-HF-Studie alle mit Sacubitril/Valsartan behandelten Patienten zuvor einen ACE-Hemmer vertragen haben mussten.

US-Leitlinien schon weitreichender

Im Vergleich dazu geht die im zeitgleich publizierten Update der US-Leitlinien gegebene Empfehlung schon einen Schritt weiter: Dort wird die klinische Strategie der RAAS-Blockade mit einem ACE-Hemmer oder einem AT₁-Rezeptorblocker oder einem ARNI mit Klasse-I-Status zur Reduktion von Morbidität und Mortalität bei Patienten mit HFrEF empfohlen, die gleichzeitig einen Betablocker

und einen MRA erhalten. Damit ist die ARNI-Therapie neben ACE-Hemmern und AT₁-Blockern quasi in der Rang einer First-Line-Option erhoben worden – auch wenn dies nicht explizit so ausgesprochen wird.

Gradueller Unterschied beim Evidenzgrad

Ein gradueller Unterschied wird noch – ebenso wie in den ESC-Leitlinien – beim Evidenzgrad gemacht, der im Fall von ACE-Hemmer und AT₁-Rezeptorblockern mit „A“ (Daten aus mehreren klinischen randomisierten Studien oder Metaanalysen) und im Fall von Sacubitril/Valsartan mit „B“ (Daten aus nur einer randomisierten Studie) bewertet wird.

Auf gleicher Stufe mit der ARNI-Therapie stehen in den neuen ESC-Guidelines noch zwei weitere Therapieoptionen, die bei Vorliegen adäquater Indikationskriterien genutzt werden können.

Das ist zum einen die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) durch biventrikuläre Schrittmacherstimulation.

Empfohlen wird ein CRT-Device für Patienten mit einer Auswurfraction < 35% und einer QRS-Dauer > 130 ms und Linksschenkelblock, wenn trotz optimaler medikamentöser Therapie noch Symptome bestehen. Eine QRS-Dauer < 130 ms gilt nach den negativen Ergebnissen der EchoCRT-Studie jetzt als Kontraindikation für eine kardiale Resynchronisationstherapie.

Wenn bei Patienten mit Sinusrhythmus unter einer Betablocker-Therapie in optimaler oder maximal verträglicher Dosierung die Ruheherzfrequenz weiter > 70 Schläge/min beträgt oder der Betablocker nicht vertragen wird oder kontraindiziert ist, empfehlen die Leitlinien die additive Gabe des If-Kanal-Blockers Ivabradin (Empfehlungsgrad IIa). Die Basistherapie sollte wenn möglich immer einen ACE-Hemmer/AT₁-Rezeptorblocker und einen MRA enthalten.

(Peter Overbeck)