Herzinsuffizienz-Leitlinie 2016

Was ist neu in der Therapie?

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie hat ihre Leitlinie zur Herzinsuffizienz überarbeitet. Die Pharmakotherapie der chronischen Herzschwäche ist um zwei Substanzen erweitert worden.

Valsartan/Sacubitril (LCZ696): Neu in die Empfehlungen aufgenommen wurde der Angiotensin-Rezeptor-/Neprilysin-Inhibitor (ARNI) LCZ696. Ausschlaggebend für die Einführung des Wirkstoffs, der die funktionellen Gruppen von Valsartan und dem Neprilysin-Inhibitor Sacubitril vereint, war die Studie PARADIGM-HF. In der vorzeitig beendeten Studie hatte sich schon früh die Überlegenheit von LCZ696 gegenüber dem ACE-Hemmer Enalapril gezeigt: Innerhalb von zwei Jahren wurden Krankenhauseinweisungen wegen einer Verschlechterung der Herzinsuffizienz sowie kardiovaskuläre und Gesamtmortalität jeweils um 16–20% reduziert.

Studienteilnehmer waren mehr als 8400 Patienten mit einer linksventrikulären Auswurffraktion (LVEF) von maximal 35% und erhöhten Plasmaspiegeln der natriuretischen Peptide, die trotz optimaler Standardtherapie (ACE-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist) noch symptomatisch waren. Für eben diese Patienten wird daher in der aktualisierten Leitlinie empfohlen, den ACE-Hemmer durch Valsartan/Sacubitril zu ersetzen. Unter der Therapie ist laut den Leitlinienautoren das erhöhte Risiko einer symptomatischen Hypotonie zu beachten. Die Experten raten außerdem, den ACE-Hemmer mindestens 36 Stunden vor Beginn der ARNI-Therapie abzusetzen, um das Risiko von Angioödemem zu minimieren. Die Kombination aus einem ACE-Hemmer und Valsartan/Sacubitril ist kontraindiziert.

Ivabradin: Erstmals einen Platz in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz hat auch der Wirkstoff Ivabradin. Weil er den If-Kanal im Sinusknoten blockiert, darf er nur bei Patienten mit Sinusrhythmus ein-

gesetzt werden. Weitere Voraussetzungen sind anhaltende Symptome trotz Therapie mit ACE-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist, eine stationäre Behandlung in den zurückliegenden zwölf Monaten sowie eine Herzfrequenz von mindestens 75 pro Minute. Bei diesen Patienten wird durch den If-Kanal-Inhibitor sowohl eine Reduktion von herzinsuffizienzbedingten Krankenhauseinweisungen als auch der Mortalität erreicht.

ACE-Hemmer: An der medikamentösen Basistherapie hat sich in der neuen Leitlinie nichts geändert. Alle symptomatischen Patienten, die eine Herzinsuffizienz mit reduzierter LVEF haben, benötigen – sofern nicht Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten bestehen – einen ACE-Hemmer. Wichtig ist, die nachweislich lebensverlängernde Therapie mit einem ACE-Hemmer bis zur maximal tolerierten evidenzbasierten Dosis zu steigern, damit das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System ausreichend unterdrückt wird. Die Zieldosis liegt z. B. für Enalapril bei zweimal täglich 20 mg, für Ramipril bei einmal täglich 10 mg. Laut den Leitlinienautoren wird diese Empfehlung zu wenig beachtet: „Die Mehrzahl der Patienten erhält suboptimale Dosierungen.“

Betablocker: Ein Betablocker, zusätzlich zum ACE-Hemmer gegeben, führt zu einer weiteren Reduktion von Morbidität und Mortalität. Weil die Wirkmechanismen komplementär sind, kann gleich nach der Diagnose einer systolischen Herzinsuffizienz mit einer kombinierten Therapie begonnen werden.

Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist (MRA): Bleiben die Patienten unter ACE-Hemmer plus Betablocker weiter

symptomatisch mit einer LVEF $\leq 35\%$, wird als drittes Medikament Spironolacton oder Eplerenon hinzugenommen. MRA verbessern ebenfalls die Prognose. Serum-Kalium-Spiegel und Nierenfunktion sollten unter der Therapie regelmäßig kontrolliert werden.

Diuretika: Diuretika sind (primär) symptomatisch wirksam und werden nur für Patienten mit Stauungszeichen empfohlen. Zum Erreichen der Eurolämie sollte die niedrigstmögliche Dosis eingesetzt werden. In der Regel können die Patienten die diuretische Therapie eigenständig anpassen, wenn sie die Zeichen von Flüssigkeitsretention kennen und täglich auf die Waage steigen.

Angiotensin-Rezeptor-Blocker: Eine Indikation für Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB) besteht ausschließlich bei Patienten, bei denen nebenwirkungsbedingt auf einen ACE-Hemmer verzichtet werden muss. Von der Gabe eines ARB zusätzlich zu ACE-Hemmer und MRA wird ausdrücklich abgeraten, weil unter der Kombination vermehrt Hyperkaliämien und Nierenschäden zu erwarten sind.

Hydralazin/ISDN: Die Belege für einen klinischen Nutzen der Fixkombination aus Hydralazin und Isosorbiddinitrat stammen aus kleinen Studien ausschließlich mit Männern. Laut Leitlinie kann die Kombination bei Patienten mit therapierefraktärer Symptomatik unter ACE-Hemmern (oder ARNI), Betablocker und MRA in Erwägung gezogen werden. (Beate Schumacher)

2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Journal of Heart Failure 2016; doi:10.1002/ehf.592