Cardio Update vom 1.–2. Februar 2013 in Wiesbaden

Kongressbericht S. 20–23

Praxisrelevante Fortschritte

Wissen aufpoliert, Qualifikation optimiert

Die Akzeptanz der jährlichen „Auffrischkurse“ ist groß, jedenfalls bei den beiden Cardio-Update Seminaren im Februar in Wiesbaden und – selbe Mannschaft, selbes Programm – in Berlin. Diese haben versucht, den neuesten Stand des Wissens und Zweifels zu vermitteln. Hier einige Streiflichter aus dem Wiesbadener Seminar.

■ Herzinsuffizienz:

Veränderungen des Therapieschemas

Professor Michael Böhm, Universität Saarland in Homburg, präsentierte die Veränderungen in den 2012 vorgestellten ESC-Herzinsuffizienz-Leitlinien. An den Therapiezielen hat sich nichts geändert: Verbesserung der Symptome, wenn möglich auch der Prognose. Der Therapieerfolg wird an der Abnahme der Gesamttodesfälle gemessen, aber auch an der „Einsparung“ von Hospitalisierungen. Böhm: „Das ist nicht nur für die Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz wichtig, sondern auch für die Gesundheitssysteme und deren ökonomische Belastbarkeit von besonderer Bedeutung.“

Ödeme und Dyspnoe als Initialsymptome der Insuffizienz (HI) werden in der Regel mit Diuretika angegangen. Die Klasse IA-Empfehlung gründet ausschließlich auf der symptomatischen Erleichterung für die Patienten. Zur Prognoseverbesserung der HI mit einer Auswurf fraktion < 40% werden als erstes ACE-Hemmstoffe eingesetzt (IA-Empfehlung). Dann folgen Betablocker, welche die Sterblichkeit und die Quote an Hospitalisierungen senken können (IA). Nächster, dritter pharmakologischer Schachzug ist die

Gabe von Mineralcorticoid-Rezeptorblockern (MRA) wie Spironolaktone oder Eplerenon (IA-Empfehlung).

Aufwertung für Aldosteron-Blocker

In den neuen Leitlinien wurden die MRAs deutlich aufgewertet. Sie werden in allen Stadien der symptomatischen HI mit eingeschränkter Auswurf fraktion (< 35%) als indiziert angesehen. Die Begründung liefert die EMPHASIS-HF-Studie, die belegte, dass HI-Patienten mit Stadium NYHA II bei den Endpunkten kardiovaskulärer Tod und Hospitalisierung von der Gabe von Eplerenon profitieren. 93% der Patienten erhielten bereits ACE-Hemmer und 87% Betablocker. Vor diesem Hintergrund verminderte die zusätzliche Gabe von Eplerenon die Reduktion der Sterblichkeit signifikant nach einem Jahr.

Etwa 10% der Patienten, die ACE-Hemmer erhalten, leiden Böhm zufolge an dem typischen trockenen Husten (in Asien angeblich sogar 40–50%), der die Umstellung auf einen AT1-Rezeptor-Antagonisten nahelegt. Das bedeutet aber nicht, dass im Behandlungsschema die ACE-Hemmer einfach durch AT1-Blocker ausgetauscht werden sollten. Wegen der Gefahr einer Niereninsuffizienz wie auch einer Hyperkaliämie ist nach den neuen Leitlinien vor der Dreierkombination AT1-Blocker, Betablocker und MRA zu warnen (IIIc)! Ebenfalls zur erhöhten Vorsicht geraten wird bei der geplanten zusätzlichen Gabe von Glitazonen, Kalzium-Antagonisten (mit Ausnahme von Felodipin und Amlodipin) sowie von NSAIDs und COX-2-Inhibitoren. Sie können eine Zustandsverschlechterung bewirken.

Herzfrequenzreduktion neu empfohlen

Eine weitere Neuerung bezieht sich auf die Untergruppe von HI-Patienten mit Auswurf fraktion < 35 im Stadium NYHA II bis IV: Liegt ihre Herzfrequenz im Sinusrhythmus > 70/min, ist ihre kardiovaskuläre Sterblichkeit erhöht. Die selektive Frequenzreduktion mit dem If-Kanal-Inhibitor Ivabradin erwies sich in der SHIFT-Studie als segensreich: „Nach einer mittleren Beobachtungszeit von 20 Monaten reduzierte Ivabradin in einer Zieldosis von 5 mg/Tag den kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod und Krankenhausaufnahmen wegen HI um 18% mit einer 'number to treat' von 26.“ Das Ergebnis kam hauptsächlich durch signifikant weniger Einweisungen zustande.

Die europäische Arzneimittelkommission hat nun Ivabradin die Indikation zum Einsatz bei chronischer HI NYHA II bis IV erteilt, wenn bei Sinusrhythmus die Frequenz > 75 liegt und zwar auch in Kombination mit Betablockern, aber auch ohne. Böhm verwies auf die Diskrepanz zwischen Leitlinie (Indikation ab > 70) und Zulassung (> 75). Mit anderen Worten: Die Leitlinienempfehlung ist nicht durch die Zulassung gedeckt.

Der Nutzen der Resynchronisationstherapie (CRT) bei HI ist erneut bestätigt worden. War sie bisher bei NYHA III–IV, Auswurf fraktion von < 35%, Linksschenkelblock mit einer QRS-Breite von > 120 ms im Sinusrhythmus schon zur Morbiditätsreduktion empfohlen worden, plädiert die RAFT-Studie (The Resynchronization for Ambulatory Heart Failure Trial) für den Einsatz der CRT sogar bei stabiler HI (NYHA II), jedoch nicht bei Vorhofflimmern!

Dr. med Jochen Aumiller ■