

Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

## Herzinsuffizienz

### ARNI in der Praxis angekommen



Herzinsuffiziente sind häufig auf Sauerstoff angewiesen.

— Sacubitril/Valsartan (Entresto®) wird seit Mai 2016 von den europäischen Leitlinien empfohlen, wenn Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz trotz eines ACE-Hemmers und eines Betablockers, ggf. ergänzt durch einen Mineralkortikoidrezeptor-Antagonist, weiterhin symptomatisch bleiben (Klasse-I-Empfehlung). Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat der Substanz im Juni 2016 einen beträchtlichen Zusatznutzen zugesprochen.

Dem zugrunde liegen die Ergebnisse der PARADIGM-HF-Studie, in denen mit dem ARNI der primäre Endpunkt – eine Kombination aus Tod mit einer kardiovaskulären Ursache oder herzinsuffizienzbedingten Klinikeinweisungen – im Vergleich zu dem ACE-Hemmer Enalapril um 20% gesenkt worden war, berichtete Prof. Nobert Frey, Kiel.

Übersetzt in Lebensjahre bedeute dies, dass ein 55-jähriger Patient mit

schwerer Herzinsuffizienz mit Sacubitril/Valsartan 1,5 Jahre länger lebe als nur mit Enalapril, so Frey. Neben diesem Benefit für die Patienten ist die Substanz auch kosteneffizient, wie der Kardiologe Gregor Simonis, Dresden, erläuterte. „In Deutschland betragen die Behandlungskosten 2.683 Euro pro Jahr.“ Wichtig sei jedoch, dass man sich bei der Patientenauswahl an den Einschlusskriterien der PARADIGM-HF-Studie orientiere: Geeignet sind somit Patienten, die trotz optimaler Therapie eine NYHA-Klasse II–IV haben, mit einer Ejektionsfraktion  $\leq 40\%$ , einem BNP  $\geq 150$ , einem Blutdruck  $\geq 95$  mmHg, einer eGFR  $\geq 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> und einem Serumkaliumwert  $\leq 5,4$  mmol/l.

#### Die richtige Dosierung

Verfügbar ist Entresto® in drei Dosierungen (24/26 mg, 49/51 mg und 97/103 mg Sacubitril/Valsartan, jeweils 2 × 1 Tablette pro Tag). Nach den Leitlinien solle man die höchste Dosis anstreben, da diese in dem Studienprogramm verwendet worden sei, so Simonis. Allerdings sei es sinnvoll, bei Patienten mit niedrigem Blutdruck vorsichtig aufzutitrieren, fügte der Kardiologe hinzu, ebenso wie bei jenen, die zuvor auf eine niedrige Dosis eines ACE-Hemmers oder AT<sub>1</sub>-Antagonisten eingestellt waren. Bei Patienten, deren Blutdruck zu stark abfalle oder deren GFR sinke, könne man ggf. auf eine mittlere Dosis umstellen, so Simonis.

#### Was ist zu beachten?

Wenn ein Patient auf Entresto® umgestellt wird, dürfen auf keinen Fall gleichzeitig ACE-Hemmer oder AT<sub>1</sub>-Blocker gegeben werden. Bei einer Umstellung

von einem ACE-Hemmer ist eine Auswaschphase von 36 Stunden zu beachten. Regelmäßige Kontrollen von Blutdruck, Kalium und Nierenwerten sind obligat, anfangs wöchentlich, später zumindest einmal im Quartal.

Veronika Schlimpert

- Pressekonferenz „Einblicke und Ausblicke bei der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz mit Entresto®, Kongress der European Society of Cardiology; Rom, August 2016 (Veranstalter: Novartis)

#### Kurz notiert

**Nächtliche Wadenkrämpfe** → Bei Muskelkrämpfen liegen myogene und neurogene Störungen an der motorischen Endplatte vor. Die „Kommunikation“ zwischen Nerv und Muskel wird gestört, und Reize werden vermehrt übertragen – es kommt zum Krampf. Chininsulfat reduziert die Reizüberleitung an der motorischen Endplatte. Die Reizschwelle, die für die Auslösung einer Kontraktion überwunden werden muss, wird angehoben (neurotrope Wirkung). Gleichzeitig verlängert Chininsulfat die Refraktärzeit, weshalb das an den Nervenenden freigesetzte Acetylcholin von der Acetylcholinesterase abgebaut wird, bevor es an der motorischen Endplatte Kontraktionen auslösen kann. Zusätzlich wird der Kaliumeinstrom in die Zelle erhöht. Durch den höheren Polarisierungsgrad der Zellmembran kommt es zu einer lokalen Herabsetzung der Muskelzellerregbarkeit. Die Wirksamkeit von Chininsulfat bei Muskelkrämpfen ist in randomisierten klinischen Studien und großen Metaanalysen sowie in nicht-interventionellen Studien belegt und von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in ihrer Leitlinie anerkannt [Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S1-Leitlinie. Crampi/Muskelkrampf. AWMF-Registernr. 030/037; Stand: September 2012].

Red.

- Nach Informationen von Klosterfrau