

Herzinsuffizienz

Therapieumstellung im Krankenhaus hat Vorteile

— Patienten, die wegen einer dekompensierten Herzinsuffizienz hospitalisiert werden, sollten schon im Krankenhaus auf den ARNI Sacubitril/Valsartan (Entresto®) umgestellt werden, empfahl Prof. Rolf Wachter, Leipzig. Er zitierte die prospektive, randomisiert-kontrollierte Doppelblindstudie PIONEER-HF, die in die-

sem Setting ergeben hatte, dass der ARNI im Vergleich zu einer Therapie mit Enalapril den Marker NT-proBNP signifikant reduziert [Velazquez E et al. *N Engl J Med.* 2019;380:539–48]. Der Unterschied trat bereits eine Woche nach Behandlungsbeginn auf. Der ARNI reduzierte im Verlauf zudem schwere klinische Ereignisse deutlich, ohne dass die Häufigkeit schwerwiegender Nebenwirkungen bei früher Einführung des ARNI erhöht war.

In der noch nicht publizierten Studie TRANSITION zeigte sich laut Wachter, dass bereits im Krankenhaus die Therapie mit Sacubitril/Valsartan ebenso sicher begonnen und bis zur Woche 10 auf 200 mg zweimal täglich aufdosiert werden kann wie bei einem Therapiebeginn erst nach Entlassung. Das Auftreten erfolgt im Praxisalltag nämlich zu selten, sagte Wachter. Zwei Drittel der Patienten beginnen die ARNI-Therapie laut

einer longitudinalen Studie aus Deutschland mit der niedrigsten statt – gemäß Fachinformation – der mittleren Dosis, 64% erhalten auch noch nach Wochen keine höhere Dosis [Wachter R et al. *Eur J Heart Fail.* 2019 Apr 11 (Epub ahead of print)].

Wachter plädiert dafür, die stationäre Behandlung der dekompensierten Herzinsuffizienz als günstigen Moment zu nutzen, um die Therapie der Patienten zu optimieren. Bei einem diastolischen Blutdruck von mehr als 100 mmHg und einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) von über 30 stellt er selbst praktisch alle diese Patienten auf Sacubitril/Valsartan um, sagte er. ■

Friederike Klein

▪ Satellitensymposium „Gemeinsame PIONEERarbeit: Der Weg des Patienten bei Herzinsuffizienz“, 125. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; Wiesbaden, Mai 2019 (Veranstalter: Novartis)



Hier sollte die Therapie mit einem ARNI beginnen.

Hyperkaliämie unter antihypertensiver Therapie

Optimale RAAS-Dosis möglich

— Eine Hyperkaliämie ist eine potenziell lebensbedrohliche Elektrolytstörung, die durch einen Anstieg der Serumkaliumspiegel auf > 5,0 mmol/l und mehr charakterisiert ist. Als optimal gilt ein Kaliumspiegel von 4,5 mmol/l. Besonders häufig sind kardioresnale Patienten betroffen, die RAAS-Inhibitoren wie ACE-Hemmer, Sartane oder Spironolacton einnehmen. Um einen Anstieg der Kaliumspiegel unter RAAS-Blockade zu vermeiden, erhalten viele Patienten keine ausreichend hohe Dosis, berichtete Prof. Vincent Brandenburg, Würselen. Das habe wiederum negative Auswirkungen auf das Überleben.

Mit dem nicht resorbierbaren und gut verträglichen Kaliumbinder Patiomer (Veltassa®) – während der Darmpassage bindet Patiomer Kalium im Austausch

gegen Kalzium – sei es möglich, die Kaliumspiegel unter einer Behandlung mit RAAS-Hemmern im Zielbereich zu halten und die protektive Therapie in optimaler Dosierung langfristig fortzuführen, berichtete Prof. Stephan von Haehling, Göttingen. In der PEARL-HF-Studie sei es bei 8 von 10 Patienten gelungen, Spiro-nolacton von 25 mg/d auf 50 mg/d aufzutitrieren ($p = 0,019$ vs. Placebo). In der Studie AMETHYST-DN blieb die durchschnittliche Serumkaliumkonzentration während der gesamten Beobachtungszeit im Zielbereich (3,8–5 mmol/l). Die Behandlung, so von Haehling, sollte kontinuierlich fortgeführt werden. ■

Abdol A. Ameri

▪ Symposium „Den kardio-renalen Patienten auf Herz und Niere prüfen“, 85. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie; Mannheim, April 2019 (Veranstalter: Vifor)

Ezetimib/Simvastatin-Tabletten verfügbar

Die häufigste Todesursache in Deutschland sind kardiovaskuläre Erkrankungen infolge von Bluthochdruck und Hypercholesterinämie. Zur Senkung des Cholesterinspiegels sind ab sofort Ezetimib/Simvastatin Glenmark Tabletten verfügbar. Sie sind angezeigt zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit und akutem Koronarsyndrom in der Vorgeschichte. Bei Hypercholesterinämie wird es diätbegleitend angewendet bei Patienten mit primärer Hypercholesterinämie oder gemischter Hyperlipidämie, die für eine Behandlung mit einem Kombinationspräparat geeignet sind, wenn die Therapie mit einem Statin allein unzureichend ist oder sie bereits eine Wirkstoffkombination bestehend aus Statin und Ezetimib erhalten. Gegenüber dem Erstanbieterprodukt Inegy® reduziert es die Therapiekosten um bis zu 64,7%. ■

Red.

▪ Nach Informationen von Glenmark