

HFrEF-Therapie bei Diabetes und Niereninsuffizienz

Zertifiziertes MMW-Webinar mit Expertentipps für die Praxis -- Autorin: K. Westphal



Wie ändert sich die Herzinsuffizienzmedikation bei Komorbiditäten?

Das MMW-Webinar als Video-on-Demand:



Die Fortbildung „Neuigkeiten zur Herzinsuffizienz“ steht Ihnen unter <https://go.sn.pub/kf613P> kostenlos als Video-on-Demand zur Verfügung.

Themen und Referenten:

- Die ESC-Leitlinie Herzinsuffizienz: Was ist neu für die Praxis? (Prof. Dr. med. Christoph Maack, Universität Würzburg)
- Herzinsuffizienz-Management bei Patienten mit Komorbiditäten (Prof. Dr. med. Nikolaus Marx, Universität Aachen)
- V. a. Herzinsuffizienz: Diagnostische Schritte in der Hausarztpraxis (Dr. med. Amr Abdin, Universität Homburg/Saar)

In der zweiten Ausgabe der MMW-Live-Webinar-Reihe gab Prof. Nikolaus Marx von der Universität Aachen Tipps zum Herzinsuffizienz-Management bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und Diabetes.

Chronische Nierenerkrankungen (CKD) und Herzinsuffizienz sind eng verknüpft: Fällt die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) auf Werte unter 60 ml/min ab, steigt das Risiko, eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) zu entwickeln. „Damit sinkt die Überlebensrate sehr schnell und sehr deutlich ab“, erklärte Marx. Umso wichtiger ist bei diesen Patienten die Behandlung mit den „Magic 4“ der HFrEF-Therapie: Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI), Betablocker, Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist (MRA) und SGLT-2-Inhibitor sind bei Patienten mit CKD 1–3 wirksam und reduzieren die Mortalität. „Bis zu einer GFR von 30 ml/min haben wir gute Evidenz, dass alle vier Substanzen effektiv sind.“ „Danach wird’s dünn“, so Marx.

Ab CKD 4 wird die Evidenz dünn

Für Betablocker ist der Nutzen bei Patienten mit Herzinsuffizienz und CKD 3–5 (GFR < 60 ml/min) belegt, allerdings mit nur moderater Evidenz für Patienten mit CKD 4–5 (GFR < 30 ml/min). Die ab NYHA-Stadium II indizierten MRA sind effektiv bei HFrEF-Patienten mit CKD 1–3, aber kontraindiziert, wenn die GFR unter 30 ml/min fällt (CKD 4–5). „Hier ist man in der Therapie limitiert“, so Marx. Der ARNI Sacubitril/Valsartan ist bei HFrEF dem ACE-Hemmer Enalapril bei Patienten mit CKD 1–3 überlegen, für Patienten mit CKD 4–5 liegen keine Daten vor.

Allein für SGLT-2-Inhibitoren ist ein Benefit auch für CKD unterhalb von einer GFR von 30 ml/min belegt. „Unabhängig von der GFR haben diese Substanzen einen Benefit bei Patienten mit HFrEF“, so Marx. Für den SGLT-2-Inhibitor Empagliflozin wurde laut Marx auch für CKD-Patienten mit Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) ein günstiger Effekt gezeigt.

Auch bei Vorliegen eines Diabetes sind SGLT-2-Inhibitoren unverzichtbar für die Herzinsuffizienztherapie, und auch hier liegen positive Daten für Pati-

enten mit HFpEF vor. Für Betablocker gilt: Zwar ist die relative Risikoreduktion höher als bei Nichtdiabetikern, aber sie wirken auch bei Diabetikern; spezielle Studien dazu gibt es nicht. Aldosteronantagonisten sind unabhängig vom Diabetesstatus effektiv, aber so wie bei den Betablockern fehlen dazu Studien. Vom ARNI profitieren Patienten mit und ohne Diabetes in gleicher Weise.

Und die antidiabetische Therapie?

Tritt bei einem Patienten mit Diabetes eine Herzinsuffizienz auf, stellt sich die Frage, ob die Antidiabetikatherapie geändert werden muss. Marx ging die einzelnen Substanzgruppen durch: Glitazone sind ungünstig, denn sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine herzinsuffizienzbedingte Hospitalisierung. DPP-4-Hemmer (Sitagliptin, Alogliptin und Linagliptin) sind prinzipiell neutral. Ausnahme ist Saxagliptin, für das ein erhöhtes Hospitalisierungsrisiko gezeigt wurde, erklärte Marx. GLP-1-Rezeptoragonisten und der Alpha-Glucosidase-Hemmer Acarbose sind neutral. Sulfonylharnstoffe sollten bei Herzerkrankungen prinzipiell zurückhaltend verwendet werden, Glimepirid scheint aber im Hinblick auf Herzinsuffizienz neutral zu sein. Zu Insulin ist die Datenlage widersprüchlich, aber in Summe neutral. Metformin wirkt bei der Herzinsuffizienz möglicherweise günstig.

Die „Power-Player“ sind damit die SGLT-2-Inhibitoren: „Wir haben hier eine Substanzklasse, die in der Herzinsuffizienztherapie bei CKD und bei Diabetes gut eingesetzt werden kann“, so Marx. ■

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Herzinsuffizienz ist häufig bei CKD, und das Vorliegen eines Diabetes hat einen sehr ungünstigen Effekt auf die Prognose der Patienten.
2. Die HFrEF-Therapie unterscheidet sich bei Patienten mit CKD der Stadien 1–3 nicht von der Therapie bei Patienten ohne CKD.
3. SGLT-2-Inhibitoren reduzieren Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz und/oder kardiovaskulären Tod bei Patienten mit CKD und/oder Diabetes.