

Chronische Herzinsuffizienz: Eisenmangel trägt oft zur schlechten Prognose bei

— Bei 30–60% der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz kann ein Eisenmangel nachgewiesen werden, berichtete Dr. Mahir Karakas, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er korreliert mit reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit, schlechter Symptomatik, Beeinträchtigung der Lebensqualität und erhöhter Mortalität. In der Praxis werde aber bisher bei Patienten chronischer Herzinsuffizienz zu selten nach einem Eisenmangel gefahndet, so die Erfahrung von Karakas, und wenn, dann nicht mit den richtigen Parametern. Definitionsgemäß liegt ein Eisenmangel bei einem Serum-Ferritin $< 100 \mu\text{g/l}$ oder mit Ferritin-Werten von $100\text{--}299 \mu\text{g/l}$ und einer Transferritin-Sättigung (TSAT) $< 20\%$ vor. „Je stärker symptomatisch ein Herzinsuffizienzpatient ist, desto häufiger ist ein Eisenmangel.“ Vor allem Frauen seien betroffen. Zu den Ursachen zählten Mangelernährung, Malabsorptionssymptome, chronische Entzündung und Blutungen. In der neuen ESC-Leitlinie zum Management der chronischen

Herzinsuffizienz wird ein Screening auf Eisenmangel empfohlen. Bei symptomatischen Patienten mit nachgewiesenem Mangel sollte eine Substitution erwogen werden. Am besten sind dabei die Evidenzen für eine i. v. Substitution von Eisencarboxymaltose.

In Kliniken hat sich die i. v. Therapie mit Eisencarboxymaltose (Ferinject®, maximal 1.000 mg Eisen als Einzeldosis) als einzig



© Vladimir Voronin/fotolia.com

Chronische Müdigkeit und eingeschränkte Leistungsfähigkeit kann die Folge von Eisenmangel sein.

praktikable Form der Substitution durchgesetzt, sagte Karakas. In der Regel reichten eine oder zwei Anwendungen aus. Ein Eisenmangel von im Schnitt 1.000–1.500 mg sei schwierig oral zu substituieren, die Therapieadhärenz der sehr langen oralen Anwendung sei gering, auch wegen gastrointestinaler Nebenwirkungen. Im niedergelassenen Bereich wird allerdings die i. v. Substitution nur erstattet, wenn orale Eisenpräparate unwirksam waren oder nicht angewendet werden können.

Der Nutzen der i. v. Substitution von Eisencarboxymaltose wurde in zwei placebo-kontrollierten Studien belegt. In der FAIR-HF-Studie und der CONFIRM-HF-Studie konnten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Behandelten signifikant verbessert werden, berichtete Karakas. In einer Metaanalyse von vier Studien mit insgesamt 900 Patienten wurde nach i. v. Eisensubstitution langfristig auch eine signifikante Reduktion des Risikos wiederholter Hospitalisierungen oder Tod aufgrund eines kardiovaskulären Ereignisses um 41% im Vergleich zu Placebo belegt. *Roland Fath*

Pressegespräch, Hamburg, 11. Juli 2016; Veranstalter: Vifor

In der Schlaganfallprophylaxe gibt es noch immer Defizite

— Nicht selten bahnt auch in Deutschland erst ein Schlaganfall den Weg zur Erstdiagnose eines Vorhofflimmerns. Auch bei Patienten mit bekanntem Vorhofflimmern sind derzeit erhebliche Versorgungsdefizite zu beklagen, berichtete Prof. Harald Darius, Vivantes Klinikum Neukölln/Berlin, über kürzlich im Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“ veröffentlichte Erkenntnisse.

Der Kardiologe beklagte vor allem eine nach wie vor verbreitete Fehl- und Unterversorgung. Demnach bleiben bis zu 43% aller Patienten mit Vorhofflimmern in fachärztlicher Kontrolle ohne orale Antikoagulation. Werden die Patienten mit neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) behandelt, geschehe dies vielfach in zu niedrigen Do-

sierungen. In Sachen NOAK-Verordnung bemängelte Darius zudem eine unzureichende Risikoadaptierung. Da unter den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen schwerlich alle Patienten mit den vergleichsweise teuren NOAK behandelt werden können, wäre es wünschenswert, diese im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten nebenwirkungsärmere Behandlung vor allem Hochrisikopatienten zukommen zu lassen.

Dies jedoch sei in der Praxis nicht der Fall. Prädiktoren für eine Unterversorgung mit oralen Antikoagulanzen sind allgemein weibliches Geschlecht, hohes Alter, Komorbiditäten wie Demenz und kardiovaskuläre Erkrankungen, NSAR-Einnahme, paroxysmales Vorhofflimmern sowie ein hohes

Sturzrisiko. Im internationalen Vergleich fällt dabei auf, dass deutsche Ärzte das Sturzrisiko ihrer Patienten offenbar deutlich höher einschätzen als die Ärzte in anderen Ländern.

Neben der Unterversorgung gibt es Darius zufolge auch in geringem Prozentsatz eine Überversorgung: Patienten mit Vorhofflimmern und einem $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{VASc}$ -Score von 0 benötigen keine Antikoagulation und werden durch diese einem unnötigen Blutungsrisiko ausgesetzt. Eine Über- bzw. Fehlversorgung liegt auch dann vor, wenn effektiv antikoagulierte Patienten zusätzlich mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden. Für deren zusätzlichen Nutzen gebe es, so Darius, keinen Beleg. *Ludger Riem*

Ludger Riem

Pressekonferenz „Rote Karte dem Schlaganfall – Auf ins fünfte Jahr mit bestmöglicher Versorgung und gesunder Ernährung“, Leverkusen, 3. März 2016; Veranstalter: Bayer Vital