

erhielten sie eine jeweils dreitägige Behandlung mit Dapagliflozin (1 × 10 mg/d) oder Metolazon (1 × 5–10 mg/d). Die Follow-up-Dauer bezüglich primärer und sekundärer Endpunkte betrug fünf Tage. In beiden Gruppen führte die Behandlung infolge der Entstauung zu einer Gewichtsabnahme, die in der Dapagliflozin-Gruppe im Mittel 3,0 kg und in der Metolazon-Gruppe 3,6 kg betrug.

Vorteil von Dapagliflozin bzgl. biochemischer Störungen

Die mittlere kumulative Furosemid-Do-

sis war nach fünf Tagen unter Dapagliflozin höher als unter Metolazon (976 mg vs. 704 mg). Die Schleifendiuretikaeffizienz, berechnet als Gewichtsveränderung pro 40 mg Furosemid, war in der Dapagliflozin-Gruppe geringer als in der Metolazon-Gruppe (im Mittel 0,15 kg vs. 0,25 kg; $p=0,10$). Bezüglich der Abnahme der Lungenstauung und der Ergebnisse für den Volumenstatusscore (dieser war angelehnt an den in der ADVOR-Studie genutzten Score) ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Therapien.

Die Dapagliflozin-Therapie war mit weniger Störungen auf biochemischer Ebene assoziiert: Im Vergleich zum SGLT2-Hemmer nahmen die Serumnatrium- und Serumkaliumspiegel unter Metolazon stärker zu und die Harnsäure- und Kreatininspiegel stärker ab. Signifikant waren die Unterschiede aber nur bezüglich Harnsäure und Natrium.

Peter Overbeck

Heart Failure-Kongress 2023, 20-23.05., Prag; Campbell R: DAPA-RESIST clinical trial – Dapagliflozin versus metolazone in heart failure with diuretic resistance

PA-Druck-Telemonitoring bei Herzinsuffizienz immer noch hilfreich

Auch bei „moderner“ Herzinsuffizienz-Versorgung kann die implantatbasierte Überwachung des pulmonalarteriellen Drucks bei Herzinsuffizienz den Patienten nutzen. Das zeigt die MONITOR-HF-Studie.

MONITOR-HF war eine offene, randomisierte Studie an 25 Zentren in den Niederlanden, bei der das pulmonalarterielle (PA)-Druck-Implantat CardioMEMS-HF von Abbott zum Einsatz kam. Es nahmen insgesamt 348 Patientinnen und Patienten in klinischer NYHA-Klasse III nach einer herzinsuffizienzbedingten Hospitalisierung teil, unabhängig von der Ejektionsfraktion (EF). Die mittlere Follow-up-Zeit betrug 1,8 Jahre, das mediane Alter lag bei 69 Jahren und die mediane EF betrug 30%.

Lebensqualität verbessert

Primärer Endpunkt war die herzinsuffizienzspezifische Lebensqualität, erhoben mit dem Kansas-City-Cardiomyopathy-Questionnaire (KCCQ) nach einem Jahr. Hier gab es auch bei moderner medikamentöser Hintergrundtherapie und unter europäischen Versorgungsbedingungen einen signifikanten Vorteil für die Patienten in der Implantatgruppe. Der KCCQ-Summscore stieg um 7,05 Punkte an, während er in der Kontrollgruppe um 0,08 Punkte abfiel. Dieser Unterschied von 7,13 Punkten war statistisch signifikant (95%-KI: 51–12,74; $p=0,013$), und er war breit fundiert: In allen sechs Domänen des KCCQ gab es

Vorteile für den Interventionsarm. Beim 6-Minuten-Gehtest, einem sekundären Endpunkt, gab es nur in der Implantatgruppe eine signifikante Verbesserung.

Klinikeinweisungen fast halbiert

Was als klinisch relevant angesehene Veränderungen um 5 KCCQ-Punkte im Summscore in beide Richtungen angeht, war die Wahrscheinlichkeit für eine entsprechende Verbesserung bei Einsatz des Implantats um 70% höher und für eine entsprechende Verschlechterung um 65% geringer. Auch dies war jeweils signifikant. Weitere sekundäre Endpunkte sind wegen der Studiengröße mit Vorsicht zu genießen, aber auch hier gab es klare Vorteile: 117 herzinsuffizienzbedingten Klinikeinweisungen in der Interventionsgruppe standen 212 in der Kontrollgruppe gegenüber. Notfallmäßige Arztbesuche gab es 11 in der Interventionsgruppe und 17 in der Kontrollgruppe. Daraus errechnet sich eine Risikosenkung um 44% (95%-KI: 0,38–0,84; $p=0,0053$).

Die Studienautoren um Dr. Jasper Brugts von der Kardiologie an der Erasmus Medical School in Rotterdam haben sich auch die EF-Subgruppen angesehen. Hier gab es sowohl bei der Lebensquali-

tät als auch bei Klinikeinweisungen keine Hinweise auf Unterschiede zwischen Patienten mit einer EF über bzw. unter 40%. Implantatbezogene Komplikationen traten bei 2,3% der Patienten auf.

Das bessere Abschneiden korrelierte erwartungsgemäß mit einer höheren Zahl an Veränderungen der medikamentösen Behandlung im Interventionsarm. Das Telemonitoring führte also dazu, dass die behandelnden Ärzte die Therapie besser an die individuellen Bedürfnisse anpassen konnten.

„Ergebnisse beeindruckend konsistent“

Insgesamt sei die Konsistenz der Studienergebnisse mit dem PA-Druck-Implantat über unterschiedliche Versorgungssysteme hinweg sehr bemerkenswert, betonte Prof. Christiane Angermann von der Universität Würzburg. Der Nutzen für Patienten, die nach einer herzinsuffizienzbezogenen Hospitalisierung entlassen würden, sei „substanziell“. Für die reale Versorgung empfahl sie, jene Patienten zu selektieren, die eine hohes Risiko für herzinsuffizienzbedingte Hospitalisierungen aufweisen und bei denen in Bezug auf Datensammlung sowie Therapieempfehlungen durch das behandelnde Zentrum mit einer guten Compliance gerechnet werden kann.

Philipp Grätzel von Grätz

Heart Failure-Kongress 2023, 20-23.5., Prag; Brugts J: Remote Hemodynamic Monitoring of Pulmonary Artery Pressures in Patients with Chronic Heart Failure (MONITOR-HF): A randomized controlled clinical trial