

Herzinsuffizienz: Fünf Trumpfkarten nach kardialer Dekompensation

— Wenn sich eine Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) klinisch verschlechtert, kann eine Therapieintensivierung notwendig werden. Entscheidend ist es zu prüfen, ob die vier Basismedikamente an Bord und ausreichend dosiert sind. Mit Vericiguat steht eine fünfte orale Therapieoption zur Verfügung.

Eine 55-jährige Patientin mit dilatativer Kardiomyopathie und eingeschränkter linksventrikulärer Funktion erleidet 7 Jahre nach der Erstdiagnose eine Dekompensation mit stationärer Aufnahme. Zu diesem Zeitpunkt ist sie auf Sacubitril/Valsartan, Metoprolol, Spironolacton und Torasemid eingestellt. Die Stabilisierung mit i. v. Diuretika gelingt. Wie geht es weiter?

Diese Patientin kann zusätzlich leitlinienkonform mit einem SGLT-2-Inhibitor und Vericiguat (Verquvo®) behandelt werden, erklärte Prof. Frank Edelmann, Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, Campus Virchow-Klinikum, Charité,

Universitätsmedizin Berlin. Die Therapie mit dem Stimulator der löslichen Guanylatcyclase (sGC) kann dabei sofort in der Klinik, erst nach der Entlassung oder mit etwas Abstand 3 bis 6 Monate nach der Dekompensation begonnen werden. Allerdings besteht in der Frühphase ein erhöhtes Risiko für eine erneute Verschlechterung. Deshalb sollte man weder Therapiebeginn noch Aufdosierung verschleppen, so Edelmann.

Vericiguat kann eingesetzt werden, wenn die Herzinsuffizienz unter vollständiger oder nicht vollständiger Basistherapie dekompensiert ist – unabhängig davon, ob die Basistherapie noch vervollständigt werden kann oder nicht, z. B. aufgrund von Unverträglichkeit oder Kontraindikationen. Wie die Schutzwirkung aussieht, hat die VICTORIA-Studie gezeigt [1]. In dieser Doppelblindstudie mit 5.050 Patientinnen und Patienten nach kardialer Dekompensation reduzierte Vericiguat das jährliche Risiko für einen kardiovaskulären Tod oder eine

erneute Hospitalisierung mit Herzinsuffizienz signifikant gegenüber Placebo (33,6% vs. 37,8%), wobei die relative Risikoreduktion 10% und die absolute Risikosenkung 4,2% betrug. Patienten mit NT-proBNP-Werten unter 5.000 pg/ml profitierten überproportional, so Edelmann.

Das Hypotonie-Risiko ist unter Vericiguat überschaubar, bei der Nierenfunktion hat man bis zu einer glomerulären Filtrationsrate (eGFR) von 15 ml/min/1,73m² Spielraum, und es besteht kein Hyperkaliämie-Risiko, berichtete Edelmann. Die Behandlung wird mit 2,5 mg/d begonnen und anschließend alle 2 Wochen über 5 mg/d auf 10 mg/d auftitriert.

Ob Vericiguat auch eine effektive Option für Patienten mit chronisch stabiler Herzinsuffizienz sein kann, wird derzeit in der VICTOR-Studie untersucht. *Dirk Einecke*

Symposium „Moderne Herzinsuffizienztherapie – Herausforderungen erkennen! Herausforderungen meistern!“, DGK-Herztage, Bonn, 6. Oktober 2023; Veranstalter: Bayer Vital; [1] Armstrong PW et al. N Engl J Med. 2020;382:1883-93.

Früherkennung: Kardiorenale Risikomarker im Fokus

— Diabetes mellitus, chronische Herzinsuffizienz und Nierenerkrankung treten häufig als Komorbiditäten auf und haben eine schlechte Prognose. Ein frühzeitiges Screening auf kardiorenale Risikomarker kann Komplikationen wie Krankenhauseinweisungen und kardiovaskuläre Ereignisse verhindern.

„Die Früherkennung könnte in der Hausarztpraxis erfolgen“, betonte Prof. Stephan Jacob, Praxis für Prävention und Therapie, Villingen-Schwenningen.

Hinweise auf eine chronische Nierenerkrankung sind eine glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) < 60 ml/min/1,73m² und ein Albumwert > 30 mg/g [1]. Eine Mikroalbuminurie ist ein Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung und ein Vorhersagewert für kardiovaskuläre Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit und ohne Diabetes mellitus. Jacob wies darauf hin, dass in der Hausarztpraxis nahezu jeder dritte Patient insgesamt und jeder zweite Patient ≥ 80 Jahren eine chronische Nierenerkrankung aufweist [2].

Bei einer Herzinsuffizienz gehört die Bestimmung der natriuretischen Peptide zu den Diagnosekriterien [3]. NT-proBNP-Werte ≥ 125 pg/ml können bereits bei asymptomatischen Patienten nachgewiesen werden und die Einschätzung des

Schweregrads unterstützen [4]. Sie sind stärkere Prädiktoren für die kardiovaskuläre Mortalität als das C-reaktive Protein (CRP) und die Albuminausscheidung bei älteren Patienten mit Typ-2-Diabetes [5].

Laut Jacob ist das NT-proBNP ein Vorhersage-Marker für Herzinfarkt, Schlaganfall und kardiovaskulären Tod. Labordiagnostische Marker könnten dabei helfen, Risikopatienten frühzeitig zu identifizieren. Anschließend könnte diese einer zielgerichteten medikamentösen Therapie zugeführt werden.

Ralph Hausmann

Pressekonferenz „Frühzeitiges Screening auf kardiorenale Risikomarker bei Menschen mit Typ-2-Diabetes“, 12. Oktober 2023; Veranstalter: Boehringer Ingelheim und Lilly; [1] KDIGO Kidney Int. 2020;98(suppl.):S1-115; [2] DEGAM S3-Leitlinie 2019; [3] Schütt K et al. Kardiologie 2022;16:358-71; Emdin M et al. Clin Chem. 2007;53(7):1289-97; Bruno G et al. Diab Care. 2013;36:2677-82.

© AlexRaths / Getty Images / iStock



NT-proBNP ist ein Marker für kardiovaskuläre Ereignisse.