

Leitlinien-Update

Herzschwäche: Verstärkung in der Therapie

Die medikamentöse Therapie bei chronischer Herzinsuffizienz ist mit dem Leitlinien-Update 2016 um einen prognoseverbessernden Wirkstoff erweitert worden.

In der neuen Leitlinie hat die europäische Kardiologengesellschaft die strenge Stufen-therapie der chronischen Herzinsuffizienz etwas gelockert: Alle Medikamente können, bei entsprechender Indikation, schon im NYHA-Stadium II zum Einsatz kommen. Zudem wurde der erste Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI) in den Algorithmus aufgenommen.

Längeres Überleben

Die Basistherapie der symptomatischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) beinhaltet einen ACE-Hemmer und einen Betablocker. Bei einer EF von weiterhin maximal 35% kann sie, unter Beachtung von Nierenfunktion und Kaliumwerten, um einen Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) erweitert werden.

Für alle drei Substanzklassen ist belegt, dass sie das Überleben von Patienten mit

HFrEF verlängern. AT1-Rezeptorblocker werden nur bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit empfohlen. Um Beschwerden und Belastbarkeit zu bessern, soll bei Stauungszeichen und/oder -symptomen zusätzlich ein Diuretikum gegeben werden [1].

Drei weitere Maßnahmen

Haben die Patienten unter optimaler Basistherapie weiterhin Symptome und eine EF $\leq 35\%$, stehen drei weitere Maßnahmen zur Wahl: Umstellung vom ACE-Hemmer auf ARNI, Überprüfung der Indikation für eine kardiale Resynchronisationstherapie und bei Sinusrhythmus und Herzfrequenz $\geq 70/\text{min}$: Hinzunahme von Ivabradin.

Für den ARNI Sacubitril/Valsartan ist die Überlegenheit gegenüber einem ACE-Hemmer gezeigt worden: Das Risiko für herzinsuffizienzbedingte Klinikeinweisungen sowie die kardiovaskuläre Mortalität waren um rund 20% geringer als mit Enalapril. Die ARNI-Therapie führt zum Anstieg von BNP, das daher nicht zur Verlaufskontrolle genutzt werden kann; dazu muss NT-proBNP herangezogen werden. *bs*

1. Herz 2017; 42: 699–712

ÜBRIGENS

... entwickelt nach einem Herzinfarkt jeder vierte Patient innerhalb von vier Jahren eine Herzinsuffizienz. Ein besonders hohes Risiko besteht unter anderem in höherem Alter, bei Diabetes oder nach ST-Hebungsinfarkt.



... wird die Höhe des Blutdrucks oft überschätzt, wenn man in der Praxis darauf verzichtet, wie von der Hochdruckliga empfohlen, eine Minute nach der ersten Messung erneut zu messen.

... ist nach einem Herzinfarkt vom Typ 2, also ohne obliterierenden Thrombus, die Mortalität kurz- und langfristig höher als nach einem Infarkt vom Typ 1. Im Unterschied zu Letzterem überwiegen nichtkardiovaskuläre Todesursachen. *(bs)*



In der neuen Stufen-therapie können alle Medikamente schon im NYHA-Stadium II zum Einsatz kommen.

© fotomek / Fotolia



Punkte sammeln in der Sommerakademie mit e.Med-Abo

Auch 2018 haben wir in der Sommerakademie ausgewählte CME-Kurse für Ihre hausärztliche Fortbildung zusammengestellt.

Zum Thema „Kardiologie“ finden Sie unter www.springermedizin.de/sommerakademie aktuell den Kurs

„Akute und chronische Herzinsuffizienz“

Zur Teilnahme benötigen Sie ein e.Med-Abo, mit dem Sie Zugang zu allen Inhalten auf SpringerMedizin.de erhalten.

Nutzen Sie die Sommerzeit, um CME-Punkte zu sammeln und um sich schnell und effizient fortzubilden.

Testen Sie SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit dem e.Med-Abo: www.springermedizin.de/eMed