



© abhijith3747 / stock.adobe.com

Das ist wichtig, das hat sich geändert

Herzinsuffizienz-Leitlinie 2021

Im Herbst 2021 wurde eine neue ESC-Leitlinie zum Management der Herzinsuffizienz mit wichtigen Änderungen publiziert. Vor allem bei der Therapie ist man vom bisherigen Vorgehen abgerückt. Neue Konzepte gibt es auch beim Management von Begleiterkrankungen.

Vereinfachter Therapiealgorithmus für HFrEF

Einer Reform gleich kommt der neue Therapiealgorithmus für die HFrEF („heart failure with reduced ejection fraction“), also die Form mit reduzierter Ejektionsfraktion ($\leq 40\%$). Die Leitlinien-

autoren haben sich für eine Vereinfachung des Algorithmus entschieden:

- Jeder Patient mit HFrEF sollte einen ACE-Inhibitor (ACE-I) oder Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitor (ARNI), einen Betablocker, einen Mineralkortikoidrezeptorantagonisten

(MRA) und einen SGLT2-Inhibitor erhalten – alle vier Substanzen haben eine Klasse I A-Empfehlung.

- Die Behandlung mit diesen vier Schlüsselmedikamenten sollte so schnell und sicher wie möglich begonnen werden.
- Die über diese Standardtherapie hinausgehende Behandlung sollte auf den jeweiligen Herzinsuffizienz-Phänotyp abgestimmt werden, je nach Ausprägung des Linksschenkelblocks (LBBB), der Ätiologie (ischämisch oder nicht ischämisch), der Herzfrequenz und der Begleiterkrankungen.

Nicht abgerückt sind die Autoren von der Empfehlung, einen ACE-Inhibitor bei geeigneten Patienten, die symptomatisch unter der Behandlung bleiben, durch einen ARNI zu ersetzen (I B). Eine First-line-Behandlung mit einem ARNI kann ebenfalls erwogen werden.

Neu ist die Klasse I A-Empfehlung für die SGLT2-Inhibitoren Dapagliflozin und Empagliflozin.

Erstmals aufgeführt als Therapieoption wird Vericiguat, ein Stimulator der löslichen Guanylatzyklase. Das Medikament kann in Betracht gezogen werden bei Patienten mit NYHA-Klasse II–IV, wenn sich ihr Zustand trotz eines ACE-I (oder ARNI), Betablockers und MRA weiter verschlechtert (II B).

Liegen Anzeichen oder Beschwerden einer Volumenüberlastung vor, bleiben Schleifendiuretika die Standardtherapie (I C).

Angiotensinrezeptorblocker (ARB) werden nur dann empfohlen, wenn ACE-I oder ARNI nicht vertragen werden (I B).

Keine Änderungen gibt es bezüglich Ivabradin: Es sollte gegeben werden, wenn die Herzfrequenz im Sinusrhythmus trotz Standardtherapie bei ≥ 70 Schlägen/Minute liegt (II A B).

Neue Empfehlungen für Begleiterkrankungen

HFrEF plus Vorhofflimmern

Für Patienten mit HFrEF und Vorhofflimmern wird eine Antikoagulation zur Schlaganfallprävention, eine Behandlung möglicher Trigger und eine Optimierung der Herzinsuffizienz-Therapie empfohlen. Für die Antikoagulation sind NOAKs zu bevorzugen (jetzt Klasse I A, vorher Klasse IIa).

Bei hämodynamisch instabilen Patienten wird zur Rhythmuskontrolle als erstes eine elektrische Kardioversion empfohlen (I C). Nach Wiederherstellung des Sinusrhythmus sollte eine Pulmonalvenenisolation vorgenommen werden (jetzt IIa, vorher IIb). Alternativ kann Amiodaron eingesetzt werden (IIb).

Bei hämodynamisch stabilen Patienten sollten zur Frequenzkontrolle Betablocker, Digoxin/Digitoxin oder Amiodaron verwendet werden (alles IIa).

Wenn sich die Beschwerden nicht verbessern, wird eine Pulmonalvenenablation empfohlen (IIa). Alternativen sind Amiodaron oder eine elektrische Kardioversion (IIb).

HFrEF und chronisches Koronarsyndrom (CCS)

Für Patienten mit Herzinsuffizienz und einem CCS sollte eine Myokardrevaskularisation erwogen werden, hierfür gilt eine Klasse IIa-Empfehlung. Therapie der Wahl ist eine Bypass-Op., v.a. für Patienten mit Diabetes und Mehrgefäß-KHK (IIa B). Alternativ kann das Herzteam eine perkutane Koronarintervention (PCI) erwägen (IIb C).

HFrEF und Klappenerkrankungen

Bei sekundärer Mitralinsuffizienz entscheidet ein „Heartteam“. Vor einer Klappenintervention sollte eine koronare Revaskularisation, wenn erforderlich, und eine optimale Pharmakotherapie erfolgen, inklusive einer CRT, falls indiziert.

Ein Klappeneingriff erfolgt bei niedrigem Operationsrisiko chirurgisch (IIb). Unter bestimmten Voraussetzungen kann sonst eine perkutane Edge-to-Edge-Klappenreparatur vorgenommen werden (IIa B).

Eisenmangel & weitere Begleiterkrankungen

Erstmals empfehlen die Leitlinien für Herzinsuffizienzpatienten regelmäßige Kontrollen bezüglich Eisenmangel und Anämie (Klasse I C-Empfehlung). Geändert haben sich die therapeutischen Konsequenzen, wenn ein Defizit (Serum-

ferritin < 100 ng/ml oder Serumferritin $100\text{--}299$ ng/ml mit Transferrinsättigung $< 20\%$) festgestellt wird: Es wird eine i.v. Eisencarboxymaltose-Gabe für symptomatische Patienten (LVEF $< 50\%$) mit erst kürzlich zurückliegender herzinsuffizienzbedingter Klinikeinweisung empfohlen (IIa B).

Für Patienten mit einer ATTR-Kardiomypathie gibt es mit Tafamides erstmals eine empfohlene Behandlung bei Patienten mit NYHA I oder II (Klasse I B).

Empfehlungen für HFpEF und HFmrEF

An der Kategorisierung einer Herzinsuffizienz hat sich nichts Wesentliches geändert, sprich, diese basiert weiterhin auf der LVEF: Bei $\leq 40\%$ liegt eine HFrEF vor, zwischen 41 und 49% eine HFmrEF und bei $\geq 50\%$ eine HFpEF („heart failure with preserved ejection fraction“).

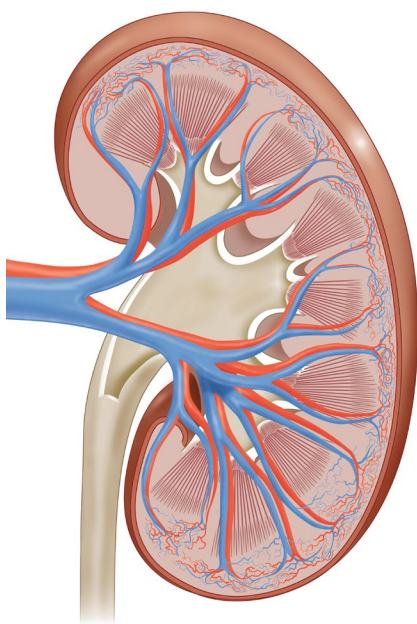
HFmrEF steht jetzt für „heart failure with mildly reduced ejection fraction“. Die Therapieempfehlungen unterscheiden sich kaum von denen für die HFrEF.

Der Diagnose-Algorithmus der HFpEF wurde vereinfacht, es gibt drei wesentlichen Kriterien:

1. Symptome und Anzeichen einer Herzinsuffizienz,
2. LVEF $\geq 50\%$,
3. Objektive Evidenz für strukturelle und/oder funktionelle kardiale Auffälligkeiten, übereinstimmend mit einer linksventrikulären diastolischen Dysfunktion und erhöhtem LV-Füllungsdruck, einschließlich erhöhter natriuretischer Peptide.

Eine Therapie wurde noch nicht empfohlen, weil die Ergebnisse der EMPEROR-Preserved-Studie mit Empagliflozin zum Zeitpunkt der Leitlinienpublikation noch nicht vorlagen. Diesbezüglich könnte es bald ein Update geben.

Veronika Schlimpert



Für den Einsatz von SGLT2-Inhibitoren spricht auch ein Schutz der Nieren.

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, ESC Congress 2021 – The Digital Experience; 27. bis 30. August 2021; McDonagh TA et al., ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, Eur Heart J 2021; ehab368, DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

Interview mit Prof. Dr. Michael Böhm, Universitätsklinikum des Saarlandes, zur neuen Leitlinie Herzinsuffizienz

Experteninterview



Prof. Dr. med. Michael Böhm
Universitätsklinikum des Saarlandes,
Homburg/Saar

Herr Prof. Böhm, was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Neuerungen der neuen Leitlinie Herzinsuffizienz?

Böhm: Es gibt grundlegende Änderungen der Empfehlungen, welche vermutlich die Praxis stark verändern werden:

1. Die Einführung neuer Substanzen in die Leitlinie basiert auf Studien, die eine klare Wirksamkeit zeigten. Zum einen sind dies die SGLT2-Inhibitoren, deren Überlegenheit auf kardiovaskuläre Todesfälle und Herzinsuffizienz-Hospitalisierungen gegenüber einer Standardtherapie belegt wurde. Für ihren Einsatz spricht auch ein Schutz der Nieren. Die Wirkungen sind unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes mellitus. Weiterhin sollte die geringe blutdrucksenkende Wirkung und das einfache Dosierungsschema ohne langwieriges Herauftitrieren den Therapiebeginn erleichtern. Zum anderen gibt es mit dem sGC-Stimulator Vericiguat eine neue Behandlungsoption für Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, die wiederholt eine Dekompensation erleiden.
2. Es gibt eine Klasse-I-Empfehlung für vier prognostisch wirksame Substanzgruppen in der first-line: ACE-Hemmer bzw. der ARNI

Sacubitril/Valsartan, Betablocker, Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist, SGLT2-Inhibitoren. Es herrscht Konsens darüber, dass eine Verzögerung des Therapiebeginnes mit kardiovaskulären Ereignissen assoziiert sein kann, so dass die Therapie für manche Patienten zu spät kommt. Dementsprechend ist die entscheidende konzeptionelle Änderung der Leitlinie der Therapiebeginn mit allen Substanzen möglichst früh und gleichzeitig.

3. Die höchste Sterblichkeit der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz liegt in den ersten Tagen nach einer kardialen Dekompensation vor. In dieser Zeit müssen die Patienten unbedingt geschützt werden. Man weiß aus Studien, dass die Therapie mit Sacubitril/Valsartan oder Betabolckern unmittelbar nach Rekomplensation im Krankenhaus begonnen werden kann. Dies wird jetzt auch empfohlen (Klasse Ic).

Viele Ärzte tun sich schwer mit der Gabe von vier Medikamenten gegen Herzschwäche, weil Blutdruck oder Nierenfunktion die Therapie erschweren. Was raten Sie?

Böhm: Man muss berücksichtigen, dass bei etwa 85% der Patienten der Blutdruck stabil ist und bei 60% keine Niereninsuffizienz vorliegt, was den Einsatz aller Substanzen erlaubt. Eingeschränkte Nierenfunktion und niedriger Blutdruck führen oft zu Untertherapie und damit zu einer schlechten Prognose. In den Studien wurde Vericiguat bis zu einer eGFR

von 15 ml/min gegeben, Dapagliflozin bis zu 30 ml/min bzw. 25 ml/min, Empagliflozin bis 20 ml/min. Bis zu diesen Nierenwerten ist eine Therapie also machbar.

Weiterhin ist bei SGLT2-Inhibitoren und Eplerenon die Blutdruckwirkung gering. Die Angst des Arztes vor Problemen bei Beginn einer Therapie darf nicht dazu führen, dass sie ohne einen Versuch einfach vorenthalten wird.

Am einfachsten wird sein, eine Patientencharakterisierung vorzunehmen, die den Blutdruck, die Herzfrequenz, das Vorliegen einer Niereninsuffizienz und eines Vorhofflimmerns berücksichtigt. So wird man dann bei niedrigem Blutdruck und hoher Herzfrequenz eher den Betablocker evtl. zusammen mit Ivabradin und dem SGLT2-Inhibitor gemeinsam mit Eplerenon zuerst applizieren. Bei Patienten mit höherem Blutdruck und Euwolämie (Vermeidung von Diuretikaüberdosierungen) ist in der Regel der Einsatz von Sacubitril/Valsartan möglich. Oft ist Geduld und Umsichtigkeit nötig.

Einige HFrEF-Patienten verbessern sich unter Therapie. Kann in solchen Fällen die Therapie reduziert werden?

Böhm: Hierzu gibt es Daten bei Patienten mit nicht-ischämischer Kardiomyopathie, die ein erhebliches Risiko für eine erneute Verschlechterung bei stufenweisem Absetzen der Medikamente zeigen. Da man nicht weiß, ob der Patient eine zweite Chance hat, die Ejektionsfraktion erneut zu normalisieren, besteht die generelle Empfehlung, die Therapie fortzuführen.

CardioNews 2021; 24 (12): 13–14



Hier steht eine Anzeige.

