

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Aktuelles: Die neuen Guidelines
der ESC für Herzinsuffizienz -
Fokus auf die chronische
Verlaufsform**

Ablasser K, Fruhwald FM

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2013; 20

(5-6), 182-184

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Aktuelles: Die neuen Guidelines der ESC für Herzinsuffizienz – Fokus auf die chronische Verlaufsform

K. Ablasser, F. Fruhwald

Aus der Klinischen Abteilung für Kardiologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

■ Einleitung

Im Mai 2012 wurden auf dem Heart Failure-Kongress in Belgrad nach vier Jahren die neuen Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) für akute und chronische Herzinsuffizienz vorgestellt [1]. Wie in ESC-Leitlinien bereits üblich, werden Therapien mit einer Empfehlungsklasse sowie aufgrund der aktuellen Studienlage mit dem jeweiligen Evidenzgrad versehen (Tab. 1, 2).

■ Diagnostik

Alles beginnt mit einer sicheren Diagnose von Herzinsuffizienz. Ausschließlich anhand von klinischen Zeichen und Symptomen ist diese sehr schwierig zu stellen. Bei Verdacht auf Herzinsuffizienz steht die Echokardiographie im Zentrum der Diagnostik. Sollte dies nicht sofort möglich sein, kann ein unauffälliges EKG und NT-proBNP < 125 pg/mL für den nicht-akuten, bzw. < 300 pg/mL für den akuten Symptombeginn eine Herzinsuffizienz sehr unwahrscheinlich machen. Für BNP gelten die Cut-off-Werte von 100 pg/mL bzw. 35 pg/mL.

Erstmals wird in den Guidelines auch ein „Mid-regional atrial natriuretic peptide“ (MR-proANP) erwähnt, das bei einem Wert von > 120 pmol/mL zur Diagnostik einer akuten Herzinsuffizienz verwendet werden kann. Wurde ein Thorax-

röntgen in den Leitlinien von 2008 [2] noch als zur Diagnosefindung notwendig angesehen, wurde die Notwendigkeit diesmal insbesondere für chronische Herzinsuffizienz relativiert. Es kann aber weiterhin zum Ausschluss von Lungenerkrankungen oder Lungenstauungszeichen bei akuter Dekompensation verwendet werden (Abb. 1).

■ Therapie

In der medikamentösen Therapie der systolischen Herzinsuffizienz bringen die Guidelines von 2012 mit Ivabradin und Eplerenon zwei wesentliche Ergänzungen. Weiterhin haben die ACE-Hemmer (ACE-H) und Betablocker eine Klasse-IA-Empfehlung und es sollte sobald wie möglich nach Diagnosestellung mit beiden Substanzgruppen begonnen werden. Grund hierfür ist, dass ACE-Hemmer das Remodelling des Herzens beeinflussen, während Betablocker zu einer Verbesserung der Linksventrikelfunktion führen. Sollten Patienten trotz dieser dualen Therapie weiterhin symptomatisch sein, haben sich die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA, Aldosteron-Rezeptorantagonisten) als Mittel der Wahl etabliert und sollten – wie die EMPHASIS-HF-Studie mit Eplerenon gezeigt hat – jetzt bereits bei Patienten im Stadium NYHA II gegeben werden. Die MRAs haben hierbei die Angiotensin-Rezeptorblocker (ARB) als Mittel der Wahl zur dualen Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems klar abgelöst und es wird explizit von einer Triple-Blockade durch ein Add-on eines ARBs abgeraten. Nur mehr bei ACE-H- (z. B. Reizhusten) bzw. MRA-Unverträglichkeit bleiben ARBs mit einer Klasse-IA-Indikation in den Guidelines.

Neu in den Herzinsuffizienz-Guidelines ist der I_f -Kanal-Hemmer Ivabradin, der bei Sinusrhythmus selektiv die Herzfrequenz ohne negativen inotropen Effekt senkt. Basierend auf Ergebnisse der SHIFT-Studie sollten Patienten, die trotz maximal tolerierter Dosis von Betablockern oder bei Unverträglichkeit von Betablockern eine Ruheherzfrequenz von > 70/min und eine EF ≤ 35 % haben, Ivabradin erhalten (Klasse-IIa B- bzw. -IIb C). Darauf hinzuweisen ist, dass Ivabradin bei Vorhofflimmern nach pathophysiologischen Überlegungen keinen Effekt auf die Herzfrequenz hat und daher kontraindiziert ist. Für die Patienten mit tachykardem Vorhofflimmern kann Digoxin oder Digitoxin zur Frequenzkontrolle verwendet werden. Sollten Patienten mit Sinusrhythmus trotz optimaler Therapie weiter symptomatisch sein, kann auch bei diesen Patienten Digitalis erwogen werden (Klasse IIb B).

H-ISDN (Hydralazine und Isosorbide Dinitrate) und Omega-3-Fettsäuren finden sich in den Guidelines aufgrund zweier kleinerer Studien wieder und erhalten eine Klasse-IIb B-Indi-

Tabelle 1: Empfehlungsklassen

- | | |
|-----|--|
| I | Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist. |
| II | Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen über Nutzen/Effektivität einer Therapieform oder einer diagnostischen Maßnahme. |
| IIa | Evidenz/Meinungen favorisieren den Nutzen bzw. die Effektivität einer Maßnahme. |
| IIb | Nutzen/Effektivität einer Maßnahme ist weniger gut durch Evidenzen/Meinungen belegt. |
| III | Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme nicht effektiv, nicht nützlich oder nicht heilsam ist und im Einzelfall schädlich sein kann. |

Tabelle 2: Evidenzgrade

- | | |
|---|--|
| A | Daten aus mehreren, randomisierten klinischen Studien oder Meta-Analysen. |
| B | Daten aus einer randomisierten Studie oder mehreren großen nicht-randomisierten Studien. |
| C | Konsensusmeinung von Experten und/oder kleinen Studien, retrospektiven Studien oder Registern. |

Siehe Printversion

Abbildung 1

kation. Die intravenöse Eisentherapie bei Herzinsuffizienzpatienten mit Eisenmangel (Ferritin < 100 u/l oder Ferritin 100–299 u/l und Transferrinsättigung < 20 %) wird in den Leitlinien diskutiert, jedoch wird keine direkte Empfehlung hierfür gegeben.

Eine wichtige Änderung in den Guidelines gibt es bei den Medikamenten, die potenziell schädlich für Herzinsuffizienzpatienten sind. Glitazone (orale Antidiabetika) können nicht empfohlen werden, da es zur Wasser- und Natriumretention kommt; sie wurden auf die Klasse III A herabgestuft. Außerdem sollten Kalzium-Kanalblocker (mit Ausnahme von Amlodipin und Felodipin), nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) sowie Cyclooxygenase-2-Hemmer (COX-2-Hemmer) vermieden werden (Klasse III B).

■ Gerätetherapie

Etwa die Hälfte aller Patienten mit Herzinsuffizienz verstirbt am plötzlichen Herztod aufgrund ventrikulärer Rhythmusstörungen. Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) werden daher neben ihrer Indikation zur Sekundärprophylaxe nach überlebtem Herztod oder hämodynamisch instabilen ventrikulären Tachykardien (Klasse I A) auch primärprophylaktisch empfohlen. Wichtig ist hierbei, dass die Patienten mindestens 3 Monate mit einer suffizienten medikamentösen Herzinsuffizienztherapie eingestellt wurden und die EF da-

runter konstant niedrig bleibt ($EF \leq 35$ %). Für diese Patienten ergibt sich eine Klasse-I B-Empfehlung für einen ICD oder, sollte die Ätiologie eine ischämische Kardiomyopathie sein, sogar eine Klasse-I A-Indikation. Hierbei sollte eine Wartezeit von zumindest 40 Tagen nach einem stattgehabten Myokardinfarkt eingehalten werden.

Die Empfehlungen für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) wurden neu überarbeitet. Eine CRT wird ausschließlich für Patienten im Sinusrhythmus mit komplettem Linkschenkelblock ($QRS \geq 120$ ms) oder unspezifischen Verbreiterung des QRS-Komplexes (≥ 150 ms) empfohlen. Dabei sollten Patienten im Stadium NYHA II mit eingeschränkter Linksventrikelfunktion ($EF \leq 30$ %) einen kombinierten ICD-CRT erhalten. Diese Aussage stützt sich auf die Daten der RAFT- und MADIT-CRT-Studien. Bei schwer symptomatischen Patienten entsprechend NYHA-III- oder -IV und einer $EF \leq 35$ % kann ein CRT zu einer Besserung der Symptomatik wie auch der Mortalität führen. Daher erhält eine CRT oder CRT-ICD in dieser Indikation eine Klasse- I A- (LSB) bzw. Klasse-IIa A-Empfehlung. Für Patienten mit Vorhofflimmern wird aus Mangel an Studien weiterhin keine eindeutige Aussage in Bezug auf CRTs getroffen.

Die Herztransplantation ist der Goldstandard für Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz. Mechanische Unterstützungssysteme wie das Linksherzunterstützungssystem (LVAD)

Siehe Printversion

Abbildung 2

oder das biventrikuläre Unterstützungssystem (BiVAD) können eine zeitlich begrenzte Alternative bis zur Organtransplantation bieten. Erstmals wird die LVAD-Therapie jedoch für ausgewählte Patienten, die für eine Herztransplantation nicht geeignet sind, auch als Destinationstherapie empfohlen (Klasse IIa B) (Abb. 2).

■ Lifestyle-Therapie

Neben der pharmakologischen und Gerätetherapie werden Lifestyle-Veränderungen in den Guidelines hervorgehoben. Insbesondere wird regelmäßiges aerobes Training zur Verbesserung von Symptomen empfohlen (Klasse IA). Ein multidisziplinäres Managementprogramm für Patienten mit chroni-

scher Herzinsuffizienz erhält eine Klasse-1 A-Indikation. Dieses Betreuungsprogramm sollte nicht nur aus Ärzten bestehen, sondern auch Psychologen, Sozialarbeiter, Pharmazeuten, Physiotherapeuten und Ernährungswissenschaftler einschließen und daher nicht nur die medikamentöse und Gerätetherapien optimieren, sondern speziell strukturierte Aufklärungs- und Fortbildungsprogramme für Patienten anbieten.

■ Diastolische Herzinsuffizienz

Für die diastolische Herzinsuffizienz gibt es bislang keine Therapie, die eine Mortalitätsverbesserung zeigen konnte. Wichtig ist jedoch, dass Therapien, die man bei systolischer Herzinsuffizienz vermeiden sollte, auch bei diastolischer Herzinsuffizienz gemieden werden sollten (NSAR, COX-2-Hemmer, Glitazone).

■ Fehlende Evidenz

Etliche Therapien, die möglicherweise sinnvoll sind, für die es aber zu wenig oder zu divergierende Studiendaten gibt, werden in den Guidelines erwähnt, aber nicht bewertet. Dazu gehört der Mangel an Evidenz für die meisten Lifestyle- und nicht-pharmakologischen Interventionen (z. B. Kochsalzreduktion), Behandlungen von Komorbiditäten (z. B. Eisen oder Erythropoetin bei Anämie) oder noch in Studien befindliche Medikamente wie z. B. Renininhibitoren, wo auf die Ergebnisse der ATMOSPHERE-Studie gewartet wird.

Die vollständigen HF-Guidelines von 2012 sowie handliche Pocket-Guidelines und Smartphone-Apps sind auf der ECS-Homepage unter <http://www.escardio.org/guidelines> erhältlich.

Literatur:

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al; ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012; 33: 1787–847.

2. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur J Heart Fail 2008; 10: 933–89.

Korrespondenzadresse:

Dr. Klemens Ablasser

Klinische Abteilung für Kardiologie

Universitätsklinik für Innere Medizin

Medizinische Universität Graz

A-8036 Graz

Auenbruggerplatz 15

E-Mail: klemens.ablasser@medunigraz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)