

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Für Sie gelesen: Neue
ESC-Leitlinien zur
Herzinsuffizienz: Was hat sich
geändert?**

Baminger H

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(7-8), 208-209

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,-

Veranstaltungskalender

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

Für Sie gelesen

Zusammengefasst von Dr. H. Baminger

■ Neue ESC-Leitlinien zur Herzinsuffizienz: Was hat sich geändert?

Unter spezieller Berücksichtigung von Patienten mit Angina pectoris und koronarer Herzkrankheit

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) hat vier Jahre nach dem letzten Update ihre Leitlinien zum Management bei Herzinsuffizienz erneut aktualisiert [1].

Modifizierte Klassifikation

Bislang kannte man die Unterscheidung zwischen systolischer und diastolischer Herzinsuffizienz. Die systolische Herzinsuffizienz (heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF) ist durch eine typische Symptomatik in Kombination mit einer deutlich erniedrigten Auswurfraction charakterisiert. Eine diastolische Herzinsuffizienz (heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF) besteht dann, wenn bei entsprechender Symptomatik die Auswurfraction $\geq 50\%$ ist, die natriuretischen Peptide erhöht sind und zusätzlich echokardiografische Hinweise auf eine diastolische Dysfunktion vorliegen.

Die europäischen Verfasser haben für Patienten, deren Auswurfraction im Bereich zwischen 40 und 49 % liegt, eine neue Klassifizierung erstellt. Bei ihnen (ca. 10–20 % aller Patienten) liegt eine „Mittelklasse“ der Herzinsuffizienz (heart failure mid-range ejection fraction, HFmrEF) vor – vorausgesetzt, dass ebenso wie bei HFpEF die natriuretischen Peptide erhöht und echokardiographisch strukturelle oder funktionelle Störungen des linken Ventrikels objektivierbar sind. Bislang habe hier Unsicherheit hinsichtlich der Behandlung bestanden.

Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor (ARNI)

Dabei handelt es sich um die dual wirksame Kombination aus dem AT₁-Rezeptorblocker Valsartan und dem Neprilysin-Hemmer Sacubitril in einer Tablette, wie

mit den Ergebnissen der PARADIGM-HF-Studie bekannt wurde. Sie belegen, dass der duale Therapieansatz der ACE-Hemmung mit Enalapril bei symptomatischen Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Stadien II–IV, überwiegend Stadium II) und linksventrikulärer Dysfunktion (Auswurfraction $< 35\%$) sowie erhöhten BNP-Werten hinsichtlich Reduktion von Morbidität und Mortalität klar überlegen ist.

Die Transformation der PARADIGM-HF-Ergebnisse in Empfehlungen für die Praxis ist die wichtigste Neuerung der aktualisierten ESC-Leitlinien. Bei der Einordnung von Sacubitril/Valsartan in die Therapie hat man sich relativ eng an die Vorgaben durch die Studie gehalten. Grundpfeiler jeder Pharmakotherapie bei HFrEF bleiben auch künftig ACE-Hemmer (bei Unverträglichkeit: AT₁-Rezeptorblocker) und Betablocker. Bei weiterhin bestehenden Symptomen soll dann ein Mineralkortikoid-Rezeptorantagonist wie Spironolacton oder Eplerenon als dritter neurohumoraler Wirkansatz dem Therapieregime hinzugefügt werden.

Wenn die Symptome weiter persistieren, rückt bei Patienten mit einer Auswurfraction $< 35\%$ die ARNI-Therapie in den Blickpunkt: Mit Klasse I sehen die Leitlinien in diesem Fall den Austausch eines ACE-Hemmers/AT₁-Rezeptorblockers gegen eine Therapie mit Sacubitril/Valsartan vor.

CRT oder Ivabradin?

Empfohlen wird die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) für Patienten mit einer Auswurfraction $\leq 35\%$ und einer QRS-Dauer ≥ 130 ms und Linksschenkelblock, wenn trotz optimaler medikamentöser Therapie noch Symptome bestehen.

Wenn bei Patienten mit Sinusrhythmus unter einer Betablocker-Therapie in optimaler oder maximal verträglicher Dosierung die Ruheherzfrequenz weiter ≥ 70 Schläge/min beträgt oder der Betablocker nicht vertragen wird oder kontraindiziert ist, wird die additive Gabe

des I_f-Kanal-Blockers Ivabradin (Empfehlungsgrad IIa) empfohlen. Die Basistherapie sollte, wenn möglich, immer einen ACE-Hemmer/AT₁-Rezeptorblocker und einen MRA enthalten.

Herzinsuffizienz und Komorbiditäten

Komorbiditäten sind von großer Bedeutung in der Behandlung von HF und beeinflussen möglicherweise die HF-Behandlung (z. B. keine Verwendung von Renin-Angiotensin-Systeminhibitoren bei Patienten mit schwerer renaler Dysfunktion). Gelegentlich verschlechtern die Medikamente zur Behandlung der Komorbiditäten auch die HF (z. B. NSAIDs bei Arthritis). Das Management der Komorbiditäten ist ein Schlüssel bei der holistischen Behandlung von Patienten mit HF. Die aktuellen Guidelines wollen identifizieren, wo HF die Art der üblichen Behandlung von Komorbiditäten verändert. Dies deshalb, da die Sicherheit oder Effektivität unter HF anders (oder einfach nur unbekannt) ist oder aufgrund der Evidenz vorteilhafter oder nachteiliger Effekte in der HF-Population. HFpEF hat eine höhere Prävalenz von Komorbiditäten im Vergleich zu HFrEF und viele Komorbiditäten sind möglicherweise wichtig bei der HF-Progression [2].

Zu diesen Komorbiditäten gehören Angina pectoris und koronare Herzkrankheit. Betablocker, und bei ausgewählten Patienten Ivabradin, sind effektiv in der Angina-pectoris-Kontrolle sowie essentielle Komponenten in der HFrEF-Therapie. Bei HFpEF-Patienten können sie auch zur Angina-pectoris-Linderung eingesetzt werden.

Trimetazidin (Vastarel®) hat einen positiven Effekt bei der Verwendung als Add-on zu Betablockern bei Patienten mit HF und Angina pectoris [3, 4]. Daten weisen darauf hin, dass es die NYHA-Funktionskapazität, die Belastungsdauer und die LV-Funktion bei Patienten mit HFrEF verbessert [4]. Andere effektive antianginale Medikamente wurden bei vielen Patienten mit HFrEF/LV-Dysfunktion getestet und waren sicher

Tabelle 1: Empfehlungen für die Behandlung der stabilen Angina pectoris mit symptomatischer (NYHA-Klasse II–IV) Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction. Aus [1] mit freundlicher Genehmigung der Oxford University Press.

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Step 1		
A beta-blocker (in an evidence-based dose or maximum tolerated) is recommended as the preferred first-line treatment to relieve angina because of the associated benefits of this treatment (reducing the risk of HF hospitalization and the risk of premature death).	I	A
Step 2: on top of beta-blocker or if a beta-blocker is not tolerated		
Ivabradine should be considered as an anti-anginal drug in suitable HFrEF patients (sinus rhythm and HR ≥70 bpm) as per recommended HFrEF management.	IIa	B
Step 3: For additional angina symptom relief – except from any combination not recommended		
A short-acting oral or transcutaneous nitrate should be considered (effective anti-anginal treatment, safe in HF).	IIa	A
A long acting oral or transcutaneous nitrate should be considered (effective anti-anginal treatment, not extensively studied in HF).	IIa	B
Trimetazidine may be considered when angina persists despite treatment with a beta-blocker (or alternative) to relieve angina (effective anti-anginal treatment, safe in HF).	IIb	A
Amlodipine may be considered in patients unable to tolerate a beta-blocker to relieve angina (effective anti-anginal treatment, safe in HF).	IIb	B
Nicorandil may be considered in patients unable to tolerate a beta-blocker to relieve angina (effective anti-anginal treatment, but safety in HF uncertain).	IIb	C
Ranolazine may be considered in patients unable to tolerate a beta-blocker to relieve angina (effective anti-anginal treatment, but safety in HF uncertain).	IIb	C
Step 4: Myocardial revascularization		
Myocardial revascularization is recommended when angina persists despite treatment with anti-angina drugs.	I	A
Alternatives to myocardial revascularization: combination of ≥ 3 antianginal drugs (from those listed above) may be considered when angina persists despite treatment with beta-blocker, ivabradine and an extra anti-angina drug (excluding the combinations not recommended below).	IIb	C
The following are NOT recommended:		
(1) Combination of any of ivabradine, ranolazine, and nicorandil because of unknown safety.	III	C
(2) Combination of nicorandil and a nitrate (because of lack of additional efficacy).	III	C
Diltiazem and verapamil are not recommended because of their negative inotropic action and risk of worsening HF.	III	C
bpm = beats per minute; HF = heart failure; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; NYHA = New York Heart Association. ^a Class of recommendation; ^b Level of evidence.		

(z. B. Amlodipin [5], Nicorandil [6] und Nitrate [7]). Die Sicherheit von Ranolazin bei Patienten mit HFrEF ist ungewiss, während hier vor allem Diltiazem und Verapamil als unsicher angesehen werden [8]. Dihydropyridine steigern möglicherweise den Sympathikotonus und ihre Sicherheit bei HFrEF (ausgenommen Amlodipin [9] und Felodipin [10]) und HFpEF ist ungewiss.

Stellenwert von Trimetazidin

TMZ wird in den ESC-Guidelines mit Empfehlungsgrad IIb und Evidenzlevel A beurteilt. TMZ liegt somit vor Amlodipin (Level B), Nicorandil und Ranolazin (Level C) (Tab. 1).

Literatur:

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2016; [E-pub ahead of print].
2. Paulus WJ, Tschope C. A novel paradigm for heart failure with preserved ejection fraction: comorbidities drive myocardial dysfunction and remodeling through coronary microvascular endothelial inflammation. J Am Coll Cardiol 2013; 62: 263–71.
3. Vitale C, Spoletini I, Malorni W, et al. Efficacy of trimetazidine on functional capacity in symptomatic patients with stable exertional angina – the VASCO-angina study. Int J Cardiol 2013; 168: 1078–81.
4. Gao D, Ning N, Niu X, et al. Trimetazidine: a meta-analysis of randomised controlled trials in heart failure. Heart 2011; 97: 278–86.
5. Wijeyesundera HC, Hansen MS, Stanton E, et al. Neurohormones and oxidative stress in nonischemic cardiomyopathy. Relationship to survival and the effect of treatment with amlodipine. Am Heart J 2003; 146: 291–7.
6. IONA Study Group. Effect of nicorandil on coronary events in patients with stable angina: the Impact Of Nicorandil in Angina (IONA) randomised trial. Lancet 2002; 359: 1269–75.

7. Cohn JN, Johnson G, Ziesche S, et al. A comparison of enalapril with hydralazine-isosorbide dinitrate in the treatment of chronic congestive heart failure. N Engl J Med 1991; 325: 303–10.
8. Goldstein RE, Boccuzzi SJ, Cruess D, Nattel S. Diltiazem increases late-onset congestive heart failure in postinfarction patients with early reduction in ejection fraction. The Adverse Experience Committee and the Multicenter Diltiazem Postinfarction Research Group. Circulation 1991; 83: 52–60.
9. Packer M, O'Connor CM, Ghali JK, et al. Prospective Randomized Amlodipine Survival Evaluation Study Group. Effect of amlodipine on morbidity and mortality in severe chronic heart failure. N Engl J Med 1996; 335: 1107–14.
10. Cohn JN, Ziesche S, Smith R, et al. Effect of the calcium antagonist felodipine as supplementary vasodilator therapy in patients with chronic heart failure treated with enalapril: V-HeFT III. Vasodilator-Heart Failure Trial (V-HeFT) Study Group. Circulation 1997; 96: 856–63.

Korrespondenzadresse:

Dr. Helmut Baminger

E-Mail: office@korrektur-werkstatt.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](#)