

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongressbericht:

Sacubitril/Valsartan – Praktische Überlegungen für den Therapiebeginn in Österreich

Goliasch G, Hülsmann M

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2017; 24

(7-8), 168

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

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

Kongressbericht: Sacubitril/Valsartan – Praktische Überlegungen für den Therapiebeginn in Österreich*

G. Goliasch, M. Hülsmann

■ Indikation Sacubitril/Valsartan

Entsprechend den derzeitigen Herzinsuffizienz-Guidelines der *European Society of Cardiology* (ESC) [1] sollten alle symptomatischen Herzinsuffizienzpatienten mit einer Linksventrikelfunktion $\leq 35\%$ trotz optimal hochtitrierter medikamentöser Vortherapie (i.e. Betablocker, ACE-Hemmer/AT-2-Rezeptorblocker, Mineralkortikoidantagonist) auf Sacubitril/Valsartan eingestellt werden (Klasse I, Evidenzlevel B). Weitere Grundvoraussetzungen für eine Umstellung auf Sacubitril/Valsartan gemäß der ESC-Leitlinien sind ein erhöhter Serumspiegel an natriuretischen Peptiden (BNP ≥ 150 pg/ml bzw. NT-proBNP ≥ 600 pg/ml bzw. bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz-Hospitalisierung in den vorangegangenen 12 Monaten BNP ≥ 100 pg/ml bzw. NT-proBNP ≥ 400 pg/mL), eine Nierenfunktion mit einer eGFR >30 mL/min/1,73 m², ein Kaliumspiegel $< 5,2$ mmol/L sowie eine adäquate ACE-Hemmer/ARB-Vortherapie in Zieldosis (äquivalent zu Enalapril 10 mg b.i.d.).

■ Ausgewählte Ergebnisse aus PARADIGM-HF und den Subgruppenanalysen

Die Wertigkeit von Sacubitril/Valsartan basiert auf den positiven Endpunktergebnissen (primärer Studienendpunkt: kardiovaskuläre Mortalität oder Hospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienzdekompensation) der PARADIGM-HF-Studie [2] bei Patienten, welche die zuvor genannten Kriterien erfüllen. Neben kombinierten Endpunkten konnte auch eine signifikante Reduktion der kardialen Mortalität, der Gesamtmortalität und der Herzinsuffizienz- sowie der Gesamthospitalisierungsrate gezeigt werden. Besonders hervorzuheben ist, dass einzelne Endpunkte bereits nach 30 Tagen zwischen den beiden Therapiegruppen signifikant unterschiedlich waren (Sacubitril/Valsartan vs. Enalapril). Aber auch *Post-hoc*-Analysen zeigten, dass praktisch alle Subgruppen einen Benefit aufwiesen. Diesbezüglich hervorzuheben ist vor allem der erhaltene Therapieeffekt bei Diabetikern und älteren Patienten. Auffallend war weiters, dass der Therapiebenefit vor allem bei jenen Patienten zu erwarten ist, welche sich in einem stabilen Zustand befinden – Patienten im NYHA-Stadium I–II bzw. Patienten ohne vorangegangene Hospitalisierungen. Auch beim NT-proBNP zeigte sich ein Trend hinsichtlich eines besonderen Nutzens bei Patienten mit niedrigeren Serumspiegeln. Dies spricht dafür, dass gerade stabile Patienten von einer frühzeitigen Umstellung profitieren würden. Bei Patienten in fortgeschrittenen Stadien ist hervorzuheben, dass die Rate der Re-Hospitalisierungen in der Sacubitril/Valsartan-Gruppe deutlich verringert waren (23 % Reduktion der Herzinsuffizienz-Hospitalisierungen sowie 16 % Reduktion der Gesamthospitalisie-

rungen) [3]. Insbesondere dem Phänomen der „frequent flyer“ könnte diesbezüglich entgegengewirkt werden.

■ Umstellung und Nebenwirkungen

Patienten unter optimierter Vortherapie und entsprechend der anderen Einschlusskriterien sollten zunächst auf die Zwischendosis Sacubitril/Valsartan 49/51mg b.i.d. umgestellt werden. Patienten mit einer AT-2-Blocker-Vortherapie können direkt umgestellt werden. Um das Angioödemrisiko zu minimieren, ist bei Patienten unter ACE-Hemmer-Therapie eine „Wash-out“-Periode von 36 h zu beachten. Anschließend sollten nach 2 Wochen eine klinische sowie laborchemische Kontrolle (Nierenfunktion, Elektrolyte) erfolgen und im Rahmen der Kontrolle auf die Zieldosis von 97/103mg b.i.d. gesteigert werden. Die Abschlusskontrolle inkl. erneuter klinischer und laborchemischer Begutachtung sollte ca. 4–6 Wochen nach Umstellung auf die Hochdosis erfolgen. Zu beachten ist, dass nach erfolgreicher Umstellung zur biochemischen Verlaufskontrolle lediglich NT-proBNP, nicht jedoch BNP herangezogen werden darf. Hinsichtlich potentieller Nebenwirkungen im Rahmen der Therapieumstellung muss am ehesten mit einer Hypotonie gerechnet werden, welche jedoch bei Patienten mit zuvor etablierter medikamentöser Therapie selten ist und darüber hinaus im Allgemeinen nicht mit einer Verschlechterung der Nierenfunktion assoziiert ist. Im Gegenteil: bezüglich Nierenfunktion und Hyperkaliämie weist Sacubitril/Valsartan im Vergleich zu Enalapril ein geringeres Risikoprofil auf [4]. Daher sollte eine Therapiereduktion bei niedrigem Blutdruck nur dann durchgeführt werden, wenn der Patient entweder symptomatisch ist oder sich definitiv die Nierenfunktion signifikant verschlechtert.

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; 37: 2129–200.
2. McMurray JJ, Packer M, Desai AS et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004.
3. Packer M, McMurray JJ, Desai AS, et al. Angiotensin receptor neprilysin inhibition compared with enalapril on the risk of clinical progression in surviving patients with heart failure. *Circulation* 2015; 131: 54–61.
4. Desai AS, Vardeny O, Claggett B, et al. Reduced Risk of Hyperkalemia During Treatment of Heart Failure With Mineralocorticoid Receptor Antagonists by Use of Sacubitril/Valsartan Compared With Enalapril: A Secondary Analysis of the PARADIGM-HF Trial. *JAMA Cardiol* 2017; 2: 79–85.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Georg Goliasch
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin II
Klinische Abteilung für Kardiologie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: georg.goliasch@meduniwien.ac.at

*Quelle: Kardiologische Fortbildungsseminare Schloss Wilhelminenberg: „Highlights in Cardiology 2016/17“, 01. April 2017, Wien

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