

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Editorial-Serie: Die neuen Guidelines der ESC Focused Update of the 2021 Heart Failure Guidelines

Pözl G

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2024; 31

(1-2), 7-8

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

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Kardiologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Die neuen Guidelines der ESC

Focused Update of the 2021 Heart Failure Guidelines

G. Pözl

Kardiologie und Angiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Innsbruck

Am ESC-Kongress 2023 wurde ein „Focused Update“ zu den „2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure“ vorgestellt und zeitgleich publiziert [1]. Hintergrund für dieses Update war eine Reihe von Studien, die entweder aus zeitlichen Gründen 2021 nicht mehr berücksichtigt werden konnten oder erst danach publiziert wurden. Die Veränderungen sind maßgeblich und sollen daher Berücksichtigung finden, bevor die nächsten Leitlinien 2025 publiziert werden.

Die Empfehlungen im „Focused Update“ betreffen:

1. die chronische Herzinsuffizienz (CHF) – HFmrEF (Herzinsuffizienz mit mäßiggradig eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion) und HFpEF (Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion),
2. die akute Herzinsuffizienz (AHI),
3. die Behandlung von Begleiterkrankungen,
4. die Prävention der Herzinsuffizienz bei vorhandenen Risikofaktoren.

■ Ad 1: Chronische Herzinsuffizienz

Basierend auf den Studien EMPEROR-Preserved [2] und DELIVER [3] wurden die SGLT2-Inhibitoren Empagliflozin und Dapagliflozin mit einer Klasse-IA-Empfehlung aufgewertet; dies gilt sowohl für die Behandlung der HFmrEF als auch der HFpEF. In EMPEROR-Preserved zeigte sich bei Patienten mit CHF im NYHA-Stadium II–IV und LVEF > 40 % nach einer medianen Beobachtungszeit von 26 Monaten eine signifikante Reduktion des kombinierten Endpunktes (CV-Tod und Krankenhausaufnahmen wegen AHI) mit Empagliflozin 10 mg/d im Vergleich zu Placebo. Ein vergleichbares Ergebnis konnte auch für Dapagliflozin 10 mg/d in DELIVER nachgewiesen werden. In beiden Studien war das Erreichen des primären Endpunktes durch die Reduktion der AHI-Ereignisse ermöglicht. Eine nachfolgende Meta-Analyse der beiden Studien ergab eine 20%ige Reduktion des kombinierten Endpunktes. Die Senkung der CV-Mortalität war in dieser Meta-Analyse zwar deutlich, aber nicht signifikant.

In Zusammenschau mit den Leitlinien 2021 ergibt sich somit eine Klasse-1A-Empfehlung für die Verabreichung von SGLT2-Hemmern für alle Patienten mit CHF, unabhängig von der LV-Funktion.

Bei CHF und HFmrEF können ACE-I/ARNI/ARB nun mit einer Klasse-IIb-Empfehlung verabreicht werden. Bei CHF und HFpEF finden – neben den erwähnten SGLT2-Hemmern – lediglich Diuretika sowie die Behandlung der zugrundeliegenden Ätiologie und vorhandener kardiovaskulärer und nicht-kardiovaskulärer Begleiterkrankungen eine Klasse-I-Empfehlung.

■ Ad 2: Akute HI

Bei Patienten, die aufgrund von AHI in stationärer Behandlung sind, wird basierend auf STRONG-HF [4] eine offensive Einleitung der medikamentösen Therapie noch vor Entlassung und die zügige Dosissteigerung in den ersten sechs Wochen nach Entlassung empfohlen (Klasse IB). Diese Empfehlung gilt für die „Quadrupel-Therapie“, bestehend aus RAASi, BB, MRA und SGLT2-Hemmern, obgleich letztere in der Studie nur in einem geringen Ausmaß zum Einsatz kamen. Die rasche Etablierung einer individuell optimierten medikamentösen Therapie führte zu einem geringeren Diuretikabedarf nach drei Monaten und einer signifikanten Reduktion des kombinierten Endpunktes aus Tod jeglicher Ursache und Wiederaufnahmen wegen Herzinsuffizienz nach sechs Monaten.

Im Zusammenhang mit AHI wurden drei weitere Studien besprochen, die getesteten Strategien aber mit keiner expliziten Empfehlung versehen: In ADVOR [5] wurde die zusätzliche Verabreichung von Acetazolamid 500 mg i.v. über drei Tage zusätzlich zur Standardtherapie mit Schleifendiuretika im Vergleich zu Placebo untersucht. Dabei zeigte sich mit Acetazolamid eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer um einen Tag, hinsichtlich der übrigen präspezifizierten Endpunkte sowie Sicherheitsendpunkte ergab sich jedoch kein Unterschied. CLOROTIC [6] untersuchte den Effekt von Hydrochlorothiazid (HCT) 25–100 mg/d p.o. (je nach GFR) zusätzlich zur i. v. Furosemidgabe im Vergleich zu Placebo. Nach 72 Stunden war die Gewichtsabnahme mit HCT signifikant größer als mit Placebo, im Patienten-berichteten Dyspnoe-Score fand sich jedoch kein Unterschied.

EMPULSE [7] testete den Einsatz von Empagliflozin gegen Placebo bei Patienten mit AHI nach initialer Stabilisierung (im Durchschnitt 3 Tage nach Aufnahme). Der hierarchische kombinierte Endpunkt, bestehend aus Tod, Anzahl und Zeit bis zu neuerlichen AHI-Ereignissen und Verbesserung der Lebensqualität trat mit Empagliflozin signifikant weniger oft auf als mit Placebo. Der Unterschied war unabhängig von LVEF und Diabetes mellitus.

■ Ad 3: Begleiterkrankungen

Basierend auf IRONMAN [8] und drei rezenten Meta-Analysen [9–11] wird nun eine Klasse-Ia-Empfehlung für die intravenöse Eisensubstitution bei Patienten mit HFrEF und HFmrEF und nachgewiesenem Eisenmangel zur Verbesserung von Symptomen und Lebensqualität gegeben. Sowohl bei HFrEF als auch bei HFmrEF und Eisenmangel sollen Eisencarboxymaltose oder Eisenderisomaltose zur Verringerung von Herzinsuffizienz-Aufnahmen verabreicht werden (Klasse IIa).

■ Ad 4: Prävention

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) und chronischer Nierenerkrankung (CKD) haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz. Basierend auf DAPA-CKD [12] und EMPA-Kidney [13] wurde der Einsatz der SGLT2-Inhibitoren Empagliflozin und Dapagliflozin bei diesen Patienten mit einer Klasse-IA-Empfehlung zur Verhinderung des Auftretens einer HI versehen.

Dasselbe gilt für den nicht-steroidalen Aldosteronantagonisten Finerenon: Auch hier zeigen zwei Studien (FIGARO-DKD [14] und FIDELIO-DKD [15]) eine signifikante Reduktion in der Entwicklung von Herzinsuffizienz, weshalb auch für Finerenon bei diesen Patienten eine Klasse-IA-Empfehlung gilt.

Literatur:

1. Mc Donagh TA, et al. 2023 Focused Update of the 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* 2023; 44: 3627–39.
2. Anker SD, et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021; 385: 1451–61.
3. Solomon SD, et al. Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2022; 387: 1089–98.
4. Mebazaa A, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet* 2022; 400: 1938–52.
5. Mullens W, et al. Acetazolamide in acute decompensated heart failure with volume overload. *N Engl J Med* 2022; 387: 1185–95.
6. Trullas JC, et al. Combination diuretic therapy in acute heart failure. *Eur Heart J* 2023; 44: 2047.
7. Voors AA, et al. The SGLT2 inhibitor empagliflozin in patients hospitalized for acute heart failure: a multinational randomized trial. *Nat Med* 2022; 28: 568–74.
8. Kalra PR, et al. Intravenous ferric derisomaltose in patients with heart failure and iron deficiency in the UK (IRONMAN): an investigator-initiated, prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint trial. *Lancet* 2022; 400: 2199–209.
9. Pocock SJ, et al. Primary and secondary outcome reporting in randomized trials: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2021; 78: 827–39.
10. Salah HM et al. Intravenous iron infusion in patients with heart failure: a systematic review and study-level meta-analysis. *ESC Heart Fail* 2023; 10: 1473–80.
11. Graham FJ, et al. Intravenous iron in patients with heart failure and iron deficiency: an updated meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2023; 25: 528–37.
12. Heerspink HJL, et al. Dapagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2020; 383: 1436–46.
13. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2023; 388: 117–27.
14. Pitt B, et al. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2021; 385: 2252–63.
15. Bakris GL, et al. Effect of Finerenone of chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2020; 383: 2219–29.
16. Arbelo E, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. *Eur Heart J* 2023; 44: 3503–626.

Schließlich wurde am ESC 2023 mit der Vorstellung der ESC-2023-Leitlinien zum Management von Kardiomyopathien [16] auch die Wichtigkeit der ätiologischen Abklärung der zugrunde liegenden Herzerkrankung bei Patienten mit Herzinsuffizienz hervorgehoben.

Zusammenfassend ergänzen die aktualisierten Leitlinien die Empfehlungen der 2021-Guidelines in mehrfacher Hinsicht und stellen damit eine klare Hilfestellung für den praktisch tätigen Kardiologen im klinischen Alltag dar. Leitlinien sind kein Gesetz, aber begründete Empfehlungen. Die Umsetzung der Leitlinien und damit die breite Anwendung der Evidenz aus relevanten klinischen Studien auf betroffene Patienten obliegt jedoch jedem Einzelnen von uns.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Pözl, FESC, FHFA
 Universitätsklinik für Innere Medizin III
 Kardiologie und Angiologie
 Interdisziplinäres Herzinsuffizienz-Zentrum Tirol – IHZ
 Zentrum für seltene Herzmuskelerkrankungen
 Medizinische Universität Innsbruck
 A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
 E-Mail: gerhard.poelzl@tirol-kliniken.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)