

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

## Editorial: Millennium-Guidelines der chronischen Herzinsuffizienz

Pacher R

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology* 1999; 6

(12), 603

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://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 & Pacherneegg 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](http://www.kup.at/images/ads/kongress.pdf)

# Editorial: Millenium-Guidelines der chronischen Herzinsuffizienz

R. Pacher

Die Herzinsuffizienz ist ein klinisches Syndrom, in dessen Zentrum die Abnahme der Pumpfunktion steht. Die daraus resultierenden Stauungsphänomene zu beseitigen, war 200 Jahre lang Ziel der Therapie. Digitalis und anschließend Diuretika trugen dazu bei, einige Jahre lang einen „kompensierten“ (ödemarmen) Zustand aufrecht zu erhalten. Die Symptome der Herzinsuffizienz werden aber im Laufe der Erkrankung zunehmend durch die Interaktion zwischen dem Pumpversagen beider Kammern und der sie begleitenden Engstellung im Gefäßsystem bestimmt.

Mit ausgewogener Vasodilatation mit einer Kombination der arteriell und venös angreifenden Substanzen Hydralazin (300 mg) und Isosorbiddinitrat (160 mg) wurde in der V-HeFT I-Studie bei Patienten mit mäßig schwerer Herzinsuffizienz das erste Mal eine Lebensverlängerung nachgewiesen. Die V-HeFT II-Studie verglich die erfolgreiche Hydralazin-Nitrat-Kombination mit einer ACE-Hemmer-„Monotherapie“ mit Enalapril und bestätigte die therapeutische Überlegenheit dieses damals neuen Wirkprinzips. Gleichzeitig wurden Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz in der CONSENSUS-Studie untersucht, die die dramatische lebensverlängernde Wirkung durch bis zu 40 mg Enalapril bei solchen Patienten bestätigte. Schließlich legte die SOLVD-Studie die Behandlungsindikation für ACE-Hemmer bei Patienten mit symptomatischer milder bis schwerer Herzinsuffizienz fest, da nach 41 Monaten Beobachtungsdauer nicht nur eine Lebensverlängerung, sondern auch eine deutliche Senkung der Hospitalisierungsfrequenz beobachtet wurde, was eine bedeutende Zunahme der Lebensqualität (und Abnahme der Kosten) unter Enalapril bedeutete.

Die SOLVD-Studie hat sich bei unbehandelten Patienten mit asymptomatischer Herzinsuffizienz auch mit dem Problem auseinandergesetzt, ab wann eine ACE-Hemmer-Therapie begonnen werden sollte. Diese Präventionsstudie konnte eindrucksvoll belegen, daß durch Enalapril die Weiterentwicklung der asymptomatischen in eine symptomatische Herzinsuffizienz und damit die Hospitalisierungsfrequenz deutlich gesenkt werden konnte.

Demzufolge ist nicht die zunehmende Verschlechterung trotz konventioneller Digitalis- und Diuretika-Therapie, sondern bereits das Vorliegen typischer klinischer Symptome oder objektiver Zeichen einer Herzinsuffizienz (z. B. im Echokardiogramm) die Indikation zur Behandlung mit ACE-Hemmern. Wird im Gegenteil mit dem Behandlungsbeginn zugewartet, oder werden ACE-Hemmer nicht bis zur Erhaltungsdosis gesteigert, werden die Patienten einem erhöhten kardialen Risiko ausgesetzt. Die negativen Auswirkungen einer Niedrigdosierung von ACE-Hemmern werden sowohl für Enalapril als auch für Lisinopril in der ATLAS-Studie beschrieben.

Wie die SOLVD-Studie auch gezeigt hatte, werden schon im asymptomatischen Stadium neurohumorale Systeme aktiviert, die den progressiven und schließlich letalen Krank-

heitsverlauf unterhalten. Das hat dazu geführt, die Betablockertherapie als einen weiteren neurohumoralen Ansatzpunkt in der Behandlung der Herzinsuffizienz aufzunehmen. Schon seit etwa 20 Jahren wird über den günstigen Effekt berichtet, den eine langfristige Dämpfung des Sympathikus-Tonus in der Herzinsuffizienz ausüben kann.

Betablocker können das Herz aber auch übermäßig bremsen und eine myokardiale Depression bewirken. Betablockertherapien sollten keinesfalls bei akuter Dekompensation bzw. bei Patienten mit massiver Flüssigkeitsretention verabreicht werden. Ebenfalls keinen Betablocker sollten Patienten erhalten, die Asthmatiker sind, eine symptomatische Bradykardie oder einen Schenkelblock aufweisen (Ausnahme: Schrittmacherpatienten).

Bei Patienten mit asymptomatischer Bradykardie (Frequenz < 60) gilt es, aufzupassen. Studien, die die Wirkungen der Betablockade auf die Morbidität und Mortalität bestätigten (Carvedilol-Studie, CIBIS II, MERIT), haben folgende Patienten ausgeschlossen: Hospitalisierte Patienten oder Patienten mit instabiler Symptomatik. Auch wurden nur wenige Patienten, die zuvor bereits im NYHA IV-Stadium gewesen waren, eingeschlossen. Der Nutzen der Betablockade ist daher bei solchen Patienten unbekannt und wird zur Zeit in der COPERNICUS-Studie (Ende 2001) untersucht.

Betablocker werden also in den NYHA-Stadien II und III bei einer linksventrikulären Auswurfraction < 35 bis 40 % empfohlen, um die Symptomatologie zu verbessern und damit die Spitalsaufnahmen zu verringern und das Leben zu verlängern. Sie sollten zusätzlich zur ACE-Hemmer-Diuretikum-Therapie verordnet werden und können gleichzeitig mit Digitalis oder Vasodilatator-Therapie verabreicht werden. Trotz einer möglichen ungünstigen Wirkung der Betablocker auf die Symptome der Hypoglykämie scheinen gerade Diabetiker mit Herzinsuffizienz besonders von der Betablockade zu profitieren, wobei eine Titration von einer sehr niedrigen Dosis aus und eine genaue Beobachtung immer angezeigt sind. Werden diese Vorsichtsmaßnahmen berücksichtigt, profitieren insbesondere Patienten mit milder und mäßig schwerer Herzinsuffizienz schließlich von der Zugabe eines Betablockers, selbst wenn sie bereits mit optimaler ACE-Hemmer-Dosis behandelt werden.

Der jüngste neurohumorale Therapieansatz wird zur Zeit mit den Endothelin-Antagonisten unternommen. Klinische Prüfungen lassen vermuten, daß dieses Prinzip in der Zukunft die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz noch weiter ergänzen wird.

Literatur: beim Verfasser.

*Univ.-Prof. Dr. Richard Pacher,  
Universitätsklinik für Innere Medizin II,  
Klin. Abteilung für Kardiologie, 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**