

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

EBNER C

Herzinsuffizienz beim Hypertoniker: sinnvolle Therapiestrategien

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2002;
6 (Sonderheft 3), 18-19*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

2012: Abo-Aktion zum Kennenlernen

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

Inkludiert im PDF sind im Laufe des Jahres eine Serviceseite für Vortragende, mit direktem Zugriff auf hochauflösende Grafiken und – so vorhanden – embedded Video-Clips.

Bestellung kostenloses e-Journal Abo



HERZINSUFFIZIENZ BEIM HYPERTONIKER: SINNVOLLE THERAPIESTRATEGIEN

Die Herzinsuffizienz entwickelt sich als eines der größten Gesundheitsprobleme in den industrialisierten Ländern mit immer älter werdender Bevölkerungsstruktur. Laut Framingham-Studie beträgt die durchschnittliche Inzidenz 0,5 bis 1 % in der Bevölkerung, wobei Männer häufiger als Frauen betroffen sind. Mit zunehmendem Alter jedoch steigt die Häufigkeit bei beiden Geschlechtern überproportional an, was zu einer jährlichen Inzidenz von 2,5–3 % bei den über 80jährigen führt. Neben der zunehmenden Häufigkeit stellen sowohl die Morbidität als auch die Mortalität dieser Erkrankung eines der größten Probleme dar. Bleibt eine Herzinsuffizienz unbehandelt, so ist deren Sterblichkeitsrate vergleichbar mit der von malignen Erkrankungen (50–70 % in 5 Jahren). Selbst bei optimaler Ausschöpfung der Standardtherapie beträgt die Mortalität der schweren Herzinsuffizienz immer noch 20 % pro Jahr.

In den westlichen Entwicklungsländern ist die koronare Herzkrankheit, entweder alleine oder in Kombination mit der arteriellen Hypertonie, die häufigste Ursache für Herzinsuffizienz. Bei multiplen Risikofaktoren (z. B. KHK, Hypertonie, Diabetes mellitus, Vorhofflimmern etc.) ist die primäre Ursache der Herzinsuffizienz oft schwierig zu ergründen. Während die erste Kohorte der Framingham-Studie (bis 1965) noch die Hypertonie als einen der Hauptgründe für die Herzinsuffizienz angibt (30 % bei Männern und 20 % bei Frauen), ist in den letzten Jahrzehnten die koronare Herzkrankheit eine der Hauptursachen für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz (Anstieg von 22 % in den 50er Jahren, auf über 70% in den 70er Jahren). Ein möglicher Grund dafür könnte die immer effizienter werdende Behandlung der arteriellen Hypertonie sein.

FUNKTIONELLE EINTEILUNG DER HERZINSUFFIZIENZ

Sie beruht auf dem mehrfach überarbeiteten Konzept der New York Heart Association von 1928 (NYHA I–IV). Allerdings gibt es neuere Ansätze der Stadieneinteilung, wie etwa die des American College of Cardiology (ACC) und der American Heart Association (AHA), die sowohl die Entwicklung als auch das Fortschreiten der Herzinsuffizienz berücksichtigen. Vom pathophysiologischen Mechanismus her unterscheiden wir primär zwei Gründe, die zur Herzinsuffizienz führen.

Die systolische Herzinsuffizienz

Progrediente Linksventrikelhypertrophie führt bei nicht ausreichender Behandlung zur Dekompensation mit Einschränkung der systolischen Pumpfunktion. Weiters stellt die arterielle Hypertonie einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung dar. Diese kann wiederum über dann abgelaufene Myokardinfarkte ebenfalls zu einer Einschränkung der systolischen Pumpfunktion führen.

Die diastolische Herzinsuffizienz

Ursächlich liegt hier eine Relaxationsstörung des Myokards vor. Etwa 1/3 aller Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz haben eine normale systolische, aber eine eingeschränkte diastolische Funktion. In etwa einem Drittel der Fälle sind systolische und diastolische Funktionsstörung kombiniert.

Bei älteren Patienten scheint die arterielle Hypertonie noch vor der koronaren Herzkrankheit ursächlich für eine Herzinsuffizienz zu sein. Man muß davon ausgehen, daß etwa 70 % der Patienten, die an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden, einmal eine Hochdruckerkrankung hatten.

NICHT MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Für die Behandlung der chronisch verlaufenden Herzinsuffizienz ist eine hohe Motivation des Patienten zur Mitarbeit erforderlich. Der Patient sollte durch diätetische Maßnahmen Normalgewicht erreichen und dies durch regelmäßiges Wiegen kontrollieren. Bei konsequenter Gewichtskontrolle kann nach Einweisung die Diuretika-Dosis durch ihn selbst kontrolliert werden. Salz- und Flüssigkeitszufuhr sollten eingeschränkt werden (max. 5 bis 8 g/Tag bzw. 1 bis 1½ l/Tag). Weiters empfiehlt sich Zurückhaltung bei Alkohol und auch eine Nikotinkarenz sollte eingehalten werden. Bezüglich körperlicher Aktivität wird leichtes Bewegungstraining empfohlen (keine isometrischen Muskelbelastungen, sondern Ergometer-Training, eventuell Intervalltraining).

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

ACE-Hemmer

Diese sollten als Mittel der ersten Wahl bei Patienten mit eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion eingesetzt werden, egal, ob der Patient symptomatisch oder asymptomatisch in bezug auf seine Herzinsuffizienz ist. Durch Hemmung der Bildung von Angiotensin II und Aktivierung der Kinine kommt es zu einer Senkung des peripheren Widerstandes und dadurch zu einer verminderten systolischen kardialen Wandspannung sowie zu einer Steigerung der kardialen Auswurfleistung. Zusätzlich kommt es durch verbesserte Natrium- und Wasserausscheidung zu einer Senkung der Vorlast und dadurch zur Verminderung der diastolischen Wandspannung.

Durch die Hemmung des lokalen Angiotensins II direkt im Gewebe kommt es z. B. zu einer Verminderung der Kardiomyozytenhypertrophie sowie zu einer Abnahme der interstitiellen myokardialen Fibrose.

Die Dosierung der ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz wird jedoch wesentlich höher gewählt als bei der arteriellen Hypertonie.

Beta-Blocker

Die Beta-Blocker stellen neben den ACE-Hemmern die wichtigste Komponente der sogenannten neurohumoralen Therapie der Herzinsuffizienz dar. Sie waren eines der ersten Präparate, die in kontrollierten Studien Mortalitätsenkung sowohl bei der arteriellen Hypertonie als auch bei der KHK zeigten. Groß angelegte, multizentrische Beta-Blocker-Studien der letzten Jahre bewiesen durch signifikante Mortalitätsreduktion deren notwendigen Einsatz bei der Herzinsuffizienz.

Wichtig hierbei ist ein Beginn in niedriger Dosierung, allerdings auch die konsequente Steigerung.

Diuretika

Diese Präparategruppe war eine der ersten, die bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie zum Einsatz kamen. Auch bei der symptomatischen Herzinsuffizienz sind sie fester Bestandteil der Basistherapie neben den ACE-Hemmern und Beta-Blockern. Während bei milden Formen der Herzinsuffizienz Thiaziddiuretika zum Einsatz kommen, werden bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz vorwiegend schnellwirksame Schleifendiuretika eingesetzt.

Die Diuretika führen über eine Verminderung des pathologisch erhöhten Füllungsdruckes des Herzens (Vorlastsenkung) und des mittleren arteriellen Druckes (Nachlastsenkung) zu einer Reduktion der Wandspannung und des kardialen Sauerstoffverbrauchs.

Aldosteronantagonisten

Spirolonolaktone wirken bei der Herzinsuffizienz auf 2-fache Weise. Einerseits hat es eine diuretische Wirkung (verhindert Wasser- und Natriumretention), andererseits verhindert es eine Progression der interstitiellen myokardialen Fibrosierung. Zu beachten ist, daß es bei gleichzeitiger Anwendung von ACE-Hemmern zu einer Verschlechterung einer vorbestehenden renalen Funktionseinschränkung bzw. zur Hyperkaliämie kommen kann.

AT-1-Rezeptorantagonisten

Die über Hemmung des AT-1-Rezeptors wirkenden Angiotensin-II-Blocker haben günstige Effekte sowohl bei der Hypertonie als auch bei der Herzinsuffizienz, wie rezente Studien der letzten Jahre beweisen. Derzeit ist der Einsatz allerdings nur bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit gerechtfertigt.

Kalziumantagonisten

Aufgrund ihrer negativ inotropen Wirkung sind kurz wirksame Kalziumantagonisten der älteren Generation bei der Behandlung der Herzinsuffizienz nicht indiziert. Lediglich für die Gabe von Amlodipin und Felodipin zur Basistherapie mit ACE-Hemmer, Diuretikum und Digitalis konnte in der PRAISE- und V-HeFT-III-Studie keine Übersterblichkeit bei Herzinsuffizienz angezeigt werden. Somit können diese Substanzen zur Blutdruckeinstellung bei Herzinsuffizienz verwendet werden. Wichtig ist insbesondere, daß Kalziumantagonisten vom Verapamil- und Diltiazemtyp bei gleichzeitiger Anwendung von Beta-Blockern aufgrund der additiven, negativ chronotropen Wirkung obsolet sind.

Alpha-Blocker

Aufgrund der Ergebnisse der ALLAHAT-Studie, in der die Patienten in der Alpha-Blocker-Gruppe eine höhere Inzidenz an Herzinsuffizienz zeigten als die in der Diureti-

ka-Gruppe, sollte man mit der Anwendung von Alpha-Blockern bei symptomatischen Herzinsuffizienzpatienten restriktiv sein oder eher Abstand nehmen.

Antisymphotonika

Bei der gleichzeitigen Gabe von zentral wirksamen Antisymphotonika und Beta-Blockern ist zu beachten, daß es zu einer additiven Wirkung im Sinne einer negativen Chronotropie kommen kann. Bei Moxonidin (der „slow-release“-Form) liegen zusätzlich Daten vor (MOXCON-Studie), daß es die Mortalität bei Herzinsuffizienz-Patienten erhöhen kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Effekt der arteriellen Hypertonie auf das Herz und damit insbesondere auf die Entwicklung einer Herzinsuffizienz ist stark variierend. Er hängt nicht nur von der Höhe des Blutdruckes ab, sondern auch von zusätzlichen Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Nikotinabusus und vom Geschlecht. Neben der arteriellen Hypertonie ist in den letzten Jahren vor allem die koronare Herzkrankheit der Risikofaktor Nummer Eins für die Entwicklung einer Herzinsuffizienz geworden, andererseits stellt insbesondere die nicht adäquat eingestellte Hypertonie einen Risikofaktor für die KHK dar. Somit ist die adäquate Behandlung einer arteriellen Hypertonie ein wichtiger Ansatz zur Verhinderung einer Herzinsuffizienz.

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
OA Dr. Christian Ebner
II. Interne Abteilung mit Kardiologie
und Angiologie,
KH der Elisabethinen
A-4010 Linz, Fadingerstraße 1
E-mail:
christian.ebner@elisabethinen.or.at

ABONNEMENTBESTELLUNG

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

Achtung Aktion: Abonnement e-Journal derzeit bis auf Widerruf kostenlos!

 **DAZU HIER KLICKEN**

Hiermit bestelle ich
ein Jahresabonnement
(mindestens 4 Ausgaben)

- als Printversion zum Preis von
€ 36,-*
- als e-Journal (das Gesamt-PDF
erhalte ich per Download zum
Preis von € 36,-)
- als Printversion und e-Journal
zum Preis von € 36,-*

Zutreffendes bitte ankreuzen

* im Ausland zzgl. Versandkosten
Stand 1.1.2012

Name

Anschrift

E-Mail

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10
FAX: +43/(0)2231/612 58-10

 **ELEKTRONISCHE BESTELLUNG**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm
