

Journal für
Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

**Aktuelle Guidelines zur Therapie der
Herzinsuffizienz**

Stefenelli T

*Journal für Kardiologie - Austrian Journal
of Cardiology 2001; 8 (Supplementum D), 3-4*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

Veranstungskalender

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

AKTUELLE GUIDELINES ZUR THERAPIE DER HERZINSUFFIZIENZ

EINLEITUNG

Herzinsuffizienz ist definiert als das Unvermögen des Herzens, den Organismus adäquat mit Blut und somit mit Sauerstoff zu versorgen. Herzinsuffizienz ist ein Syndrom, dem eine Vielzahl von Erkrankungen zugrundeliegen kann, welche einerseits primär die systolische Funktion des Ventrikels (gestörte Auswurfleistung durch herabgesetzte Kontraktionskraft), andererseits die diastolische Funktion (reduzierte Füllung der linken Herzkammer) betreffen kann. Die kausale Therapie der Herzinsuffizienz ist daher vielfältig und besteht z. B. in der suffizienten Behandlung einer Hypertonie, der Revaskularisation bei einer ischämischen Genese des Pumpversagens, einem Klappenersatz etc.

Unabhängig von kausalen Therapieansätzen haben sich zur Therapie der Herzinsuffizienz medikamentöse Ansätze etabliert, durch die eine Verbesserung der Prognose gesichert ist. Diese Behandlungen greifen in den Mechanismus der sekundären Veränderungen, z. B. nach Myokardinfarkt oder bei länger unbehandelter Hypertonie, ein.

Historisch gesehen basierten auf unterschiedlichen pathophysiologischen Konzepten (kardio-renales Modell [Wasser- und Natriumretention], hämodynamisches Modell [reduzierte Pumpleistung, Vasokonstriktion], neurohumorales Modell [Noradrenalin, Renin-Angiotensin-Aldosteron-Achse] und Zytokin-Modell [Endothelin, TNF, Interleukine]) unterschiedliche Therapieempfehlungen wie Digitalis/Diuretika, Alphablocker/Nitrate/ Hydralazin/Kalziumantagonisten, Adrenozeptoragonisten/Phosphodiesterasehemmer und schließlich ACE-Hemmer/Betablocker bzw. Endothelinantagonisten. Die derzeit gültigen Guidelines wurden mehrfach ausführlich publiziert, und es können in der Folge lediglich einzelne Aspekte angedeutet werden.

ACE-HEMMER, AT1-REZEPTOR-BLOCKER, DIGITALIS, DIURETIKA

ACE-Hemmer sind in einer Kombination mit Digitalis und Diuretika der Gabe von Hydralazin und Isorbiddinitrat bzgl. Krankheitsverlauf und Mortalität überlegen (V-HeFT II). Präventiv kann bei einer linksventrikulären Dysfunktion (Auswurfleistung unter 35 %) durch Hintanhalt einer manifesten Herzinsuffizienz (-37 %) die Mortalität nach im Mittel 39 Monaten um 16 % gesenkt werden (SOLVD).

Durch die Gabe von ACE-Hemmern innerhalb von 24 Stunden nach einem akuten Infarkt ereignis kann die Inzidenz von Myokardrupturen, elektromechanischen Entkoppelungen, Pumpversagen und malignen Arrhythmien gesenkt und das subjektive Befinden (Killip-Klasse) erhöht werden (CONSENSUS II, GISSI 3, ISIS 4, CCS 1). Auch bei einem ACE-Hemmer-Therapiebeginn 3 bis 16 Tage nach einem akuten Infarkt kann das Remodelling verhindert werden, und es ist eine langfristige Abnahme von Mortalität, Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz sowie auch der Re-Infarktrate dokumentiert (SAVE, AIRE). Durch die Interaktion mit Metalloproteinasen, welche u. a. zur Verdünnung der Kapsel über einer atherosklerotischen Plaque beitragen, können allgemeine Komplikationen der Atherosklerose reduziert werden (HOPE). Patienten mit einer höheren ACE-Hemmer-Dosis haben eine bessere Prognose als jene mit niedrigdosierten ACE-Hemmern (ATLAS).

Generell sollten alle symptomatischen und asymptomatischen Patienten mit einer linksventrikulären Dysfunktion mit einem ACE-Hemmer behandelt werden. Nach einem Myokardinfarkt zeigen Patienten mit nicht erfolgreicher Revaskularisation, Vorderwandinfarkt, Zeichen der Linksherzinsuffizienz in der

Akutphase und/oder einer ventrikulären Dysfunktion (LVEF < 40 %) den größten Benefit. Die zusätzliche Verabreichung von Digitalis und so niedrig wie nötig Diuretika kann bei symptomatischen Patienten die subjektive Leistungsfähigkeit steigern und die Zahl der Hospitalisierungen verringern. Herzglykoside haben jedoch keinen Einfluß auf die Gesamtletalität (DIG).

Erste Vergleichsstudien von ACE-Hemmern versus AT1-Rezeptorblocker weisen auf eine vergleichbare Wirkung beider Substanzklassen (ELITE) hin, der Beweis sowie ein möglicherweise synergistischer Effekt durch eine Kombination von ACE-Hemmer und AT1-Blocker sollen in derzeit laufenden Studien belegt werden (z. B. VALIANT, CHARM).

BETABLOCKER

Mitte der achtziger Jahre konnte gezeigt werden, daß Betablocker bei Patienten mit Myokardinfarkt, frühzeitig verabreicht, die Mortalität verringern und die Langzeitprognose verbessern (MIAMI, ISIS 1). Gerade Hochrisikopatienten profitierten am meisten von der Gabe von Betablockern (MIAMI). In der Folge wurden Betablocker in der Therapie der linksventrikulären Dysfunktion unterschiedlichster Genese eingesetzt und ein vergleichbar positives Langzeitergebnis im Sinne einer weiteren Reduktion der Mortalität und Morbidität dokumentiert (US Carvedilol Heart Failure Trial, CIBIS 2). Entscheidend für den Therapieerfolg durch die additive Gabe eines Betablockers zur Basistherapie mit studienkonform dosierten ACE-Hemmern sind die Stabilität des Patienten, der Behandlungsbeginn mit einer sehr niedrigen Dosis sowie die langsame Dosissteigerung unter kurzfristiger Observanz. Unter diesen Vorichtsmaßnahmen kann auch bei Patienten mit hochgradig reduzierter Pumpleistung (NYHA IV) die Sterb-

lichkeit an Pumpversagen und plötzlichem Herztod signifikant verringert werden (MERIT, COPERNICUS).

ALDOSTERONANTAGONISTEN/ SPIRONOLACTON

Aldosteronantagonisten greifen ebenso wie ACE-Hemmer oder Beta-blocker in den Pathomechanismus der fortgeschrittenen schweren Herzinsuffizienz ein und waren vor der Einführung der ACE-Hemmer, v. a. in der Kombination mit Digitalis und Nitraten, weit verbreitet. Die Angst vor einer Hyperkaliämie durch die Kombination von Spironolacton und ACE-Hemmern ist nicht im verbreiteten Maß begründet, sofern bei normokaliämischen Patienten Spironolacton unter kurzfristigen Laborkontrollen mit niedriger Dosis begin-

nend (12,5 mg/die Spironolacton) zusätzlich zu ACE-Hemmern, Digitalis, Diuretika und fakultativ Beta-blockern gegeben wird. Unter langsame, kontrollierter Dosissteigerung konnte bei geringen Nebenwirkungen und Therapieabbrüchen gegenüber Placebo eine niedrigere Inzidenz an Todesfällen (-27 %) und Hospitalisierungen (-36 %) beobachtet werden (RALES).

INDIVIDUELLE KOMBINATIONSTHERAPIEN

Neben den oben angeführten Kombinationstherapien ergibt sich bei vielen Patienten die Indikation zu einer zusätzlichen symptomatischen Behandlung (z. B. Nitrate bei Angina pectoris etc.) sowie einer prophylaktischen Therapie der bei Herzinsuffi-

zienz gehäuft auftretenden Komplikationen. In letztere Gruppe fällt einerseits die Therapie ventrikulärer Arrhythmien als Ursache des plötzlichen Herztodes (Amiodaron?, ICD?), andererseits die Antikoagulation von Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion und einer Auswurfraction unter 35 % bzw. allen Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern.

Literatur: beim Verfasser.

Quellennachweis: Med Report A5, mit freundlicher Genehmigung des Blackwell Wissenschafts-Verlages, Berlin.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Thomas Stefenelli
Abteilung für Kardiologie
Universitätsklinik f. Innere Medizin II
A-1090 Wien
Währinger Gürtel 18-20

IMPRESSUM

Homepage: www.kup.at/kardiologie

Herausgeber/Chefredaktion:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernd Eber
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern,
II. Interne Abteilung mit Kardiologie,
A-4600 Wels, Grieskirchner Straße 42,
Tel. 07242/415-2215,
Fax 07242/415-3992,
e-mail: b.eber@t-online.at

Prof. Univ.-Dr. Kurt Huber
Univ. Klinik für Innere Medizin II
Abt. für Kardiologie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20,
Tel. 01/40400-4623,
Fax 01/40400-4613,
e-mail: kurt.huber@univie.ac.at

Verleger, Produktion, Anzeigen,

Vertrieb: Krause & Pachernegg GmbH,
Verlag für Medizin und Wirtschaft,
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10,
Tel. 02231/61258-0, Fax DW 10.

Layout:

Krause & Pachernegg GmbH,
M. Hegedüs, Mag. F. Stadler

Druck:

Druckberatung Demczuk
A-3004 Ried am Riederberg

Verlags- und Erscheinungsort:

3003 Gablitz.

Erscheinungsweise: 10 x im Jahr.

Abonnement: öS 550,-,
im Ausland zuzüglich Porto- und Auslands-
überweisungsspesen.

Grundlegende Richtung: Kardiologische Fachzeitschrift zur Information und Weiterbildung, Veröffentlichung von wissenschaftlichen Originalarbeiten sowie einschlägigen Berichten und Nachrichten aus dem In- und Ausland.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder, sondern fallen in den Verantwortungsbereich der Autoren.

Angaben von Dosierungen, Anwendungshinweisen, Applikationsformen usw. erfolgen außerhalb der Verantwortung der Redaktion und des Verlages und sind vom jeweiligen Anwender im Einzelfall auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Eine Markenbezeichnung kann geschützt sein, auch wenn beim Namen kein Hinweis auf ein Schutzrecht angegeben ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzung, Vervielfältigung, Nachdruck, Reproduktion sowie Einspeicherung in elektronische Systeme ausschließlich mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

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](#)