

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Benefit bei Herzinsuffizienz durch Angiotensin-II-Rezeptorblockade

Woisetschläger C

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2004; 11

(1-2), 39-40

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Member of the



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/SCOPUS

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

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



die lebendige Kraft

spüren

erleben

bewegen

意拳

YIQUAN

Meditation & Gesundheitstraining
lebendige Kraft für Körper und Geist

YIQUAN 意拳

(„I Tschuan“) lehrt uns in die Stille zu gehen, um frische Energie zu tanken.

Yiquan stärkt unsere Aufmerksamkeit und Willenskraft.
Ganz in Kontakt mit uns Selbst lernen wir innere Kraft aufzubauen.
Das Training umfasst stilles und bewegtes Qi Gong.
Durch harmonische Bewegungen schulen wir unsere Wahrnehmung
und legen wichtige Grundlagen für einen klaren, kraftvollen Zustand.
Tauche jetzt ein in dieses belebende Training aus China.

Genieße die Ruhe und finde den Weg Deiner inneren Kraft.

www.einfach-stehen.at

YIQUAN 意拳 Training: Donnerstag 17:30 - 18:30

Ort: KWAN UM Zen-Schule, Kolingasse 11/4, 1090 Wien

Kosten: 1x € 13.- | 3er Block € 36.- | 10er Block € 110.-

Einzeltraining: € 42.- Ort & Zeit nach Vereinbarung

1x GRATIS PROBETRAINING
...mach Dir gleich jetzt einen Termin aus!

jetzt anmelden:

Mag^a Anna Teichgräber

| 0650 / 921 91 92

| info@einfach-stehen.at

| www.einfach-stehen.at

Benefit bei Herzinsuffizienz durch Angiotensin-II-Rezeptorblockade

C. Woisetschläger

■ ValHeFT bringt immer wieder neue Erkenntnisse zu den positiven Wirkungen von Valsartan bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz ist ein komplexes pathophysiologisches Syndrom, das mit einer hohen Morbidität und Mortalität einhergeht, zu einer Verkürzung der Lebensdauer und zu häufig wiederkehrenden Spitalsaufenthalten führt. Die Folge sind enorme Kosten für das Gesundheitssystem.

Die Pharmakotherapie für die Herzinsuffizienz hat in den vergangenen Jahren massive Fortschritte gemacht. Insbesondere zwei pharmakologische Prinzipien führten zu Verbesserungen von Morbidität und Mortalität: die Hemmung des Renin-Angiotensin-Systems und die Betablockade. Auch nach Anwendung solcher Substanzen blieb die Herzinsuffizienz die wichtigste Ursache für Spitalweisungen, die Mortalität bei herzinsuffizienten Patienten ist weiterhin hoch, die Lebensqualität niedrig.

Angiotensin II, ein sehr potenter, körpereigener Vasokonstriktor und Wachstumsfaktor, scheint in der Pathophysiologie der Herzinsuffizienz eine wesentliche Rolle zu spielen. Angiotensin II führt zu Entleerungsstörungen des linken Ventrikels, hat negative Langzeiteffekte auf die Struktur von Herz und Gefäßen und führt zur möglicherweise fatalen Aktivierung anderer neurohumoraler Agonisten, wie Noradrenalin, Aldosteron und Endothelin. Dadurch trägt die Wirkung von Angiotensin II zur Dysfunktion des linken Ventrikels und zur Progression der Herzinsuffizienz bei.

In einigen Studien konnte gezeigt werden, daß trotz Langzeittherapie mit einem ACE-Hemmer physiologisch aktive Spiegel von Angiotensin II nachweisbar blieben. Das Prinzip der Angiotensin-II-Rezeptorblockade bietet daher einen interessanten Therapieansatz zur weiteren Reduktion von Morbidität und Mortalität der Herzinsuffizienz. Die ValHeFT

(Valsartan Heart Failure Trial)-Untersucher publizierten in den vergangenen beiden Jahren eine Reihe von Studien zur Frage, ob eine Therapie mit dem Angiotensin-II-Rezeptorblocker Valsartan einen zusätzlichen Benefit bei der Therapie der Herzinsuffizienz bringt.

In der im Dezember 2001 im „*New England Journal of Medicine*“ veröffentlichten Arbeit von Cohn et al. erhielten die 5010 untersuchten Patienten mit Herzinsuffizienz des klinischen Stadiums NYHA II bis IV randomisiert entweder Valsartan 160 mg zweimal täglich oder Placebo. Die Patienten sollten allerdings bereits für mindestens zwei Wochen vor Einschluß in die Studie mit einer breiten Herzinsuffizienztherapie behandelt werden. Diese Therapie konnte ACE-Hemmer, Diuretika, Digoxin und Betablocker enthalten und wurde während des Studienzeitraumes fortgesetzt.

Die primären Endpunkte waren die Gesamtmortalität und die Kombination von Mortalität und Morbidität, definiert als Auftreten von Herzstillstand mit Reanimation, Spitalsaufenthalt wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz oder Einsatz von intravenösen inotrop oder vasodilatatorisch wirksamen Substanzen für mehr als vier Stunden.

Trotz der bereits bestehenden breiten Therapie für die Herzinsuffizienz profitierten die Patienten von der zusätzlichen Gabe von Valsartan. Hinsichtlich des kombinierten Endpunktes mit Mortalität und Morbidität zeigte sich eine statistisch signifikante Risikoreduktion um 13,2 % gegenüber der Placebogruppe. Hauptverantwortlich für diesen positiven Effekt war die wesentlich geringere Rate an Spitalweisungen in der Valsartangruppe. Die Gesamtmortalität alleine blieb unverändert. Die Therapie mit Valsartan resultierte auch in signifikanten Verbesserungen der NYHA-Klasse, der linksventrikulären Auswurfraction, der klinischen Zeichen und Symptome der Herzinsuffizienz und der Lebensqualität.

Fast ein Jahr nach Veröffentlichung der Hauptergebnisse von ValHeFT (Oktober 2002) publizierten Maggioni et al.

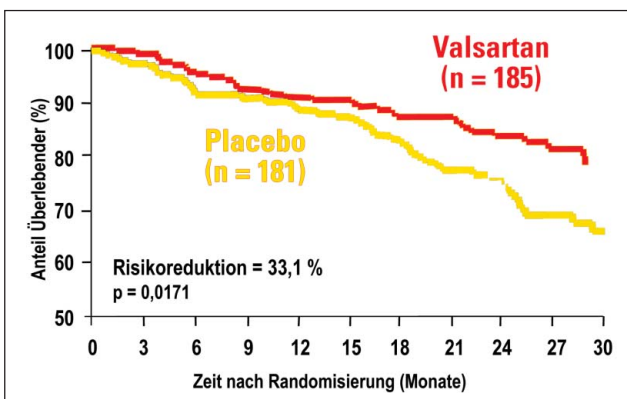


Abbildung 1: Subgruppe ohne ACE-Hemmertherapie: Reduktion des primären Endpunktes Gesamtmortalität. Modifiziert nach Maggioni et al. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 1414

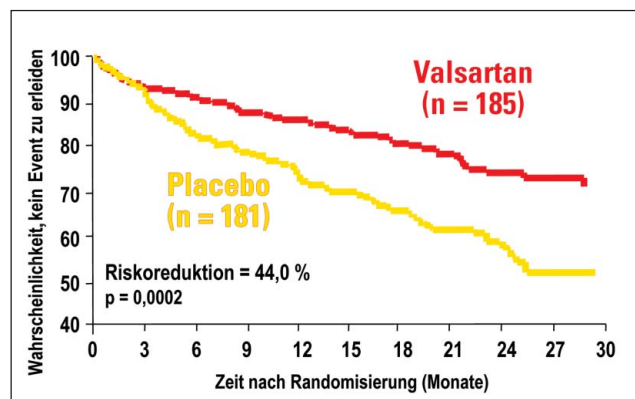


Abbildung 2: Subgruppe ohne ACE-Hemmertherapie: Reduktion des kombinierten Endpunktes. Modifiziert nach Maggioni et al. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 1414

eine Subgruppenanalyse des ValHeFT-Kollektivs. Die Autoren verfolgten die Hypothese, daß die Erfolge einer Therapie mit ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz zumindest zum Teil durch die Hemmung der Angiotensin-II-Produktion bedingt sind. Die Hemmung der Effekte von Angiotensin II sind unter Angiotensin-II-Rezeptorblockade stärker ausgeprägt als unter ACE-Hemmung. Andererseits fehlt bei der Angiotensin-II-Rezeptorblockade die Hemmung des Bradykininabbaus, vermutlich ein wichtiger positiver Effekt der ACE-Hemmung. Umgekehrt werden Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten besser vertragen als ACE-Hemmer.

Die von Maggioni et al. untersuchte Subgruppe des ValHeFT-Kollektivs waren jene 366 Patienten, die keine ACE-Hemmer in ihrer bereits bestehenden Therapie für die Herzinsuffizienz inkludiert hatten. Die Untersucher gehen davon aus, daß es sich dabei größtenteils um Patienten handelt, die keinen ACE-Hemmer vertragen hatten. Auch in dieser Subgruppenanalyse kamen die gleichen Endpunkte wie in der Mutterstudie zur Anwendung: Gesamtmortalität und die Kombination von Mortalität und Morbidität, definiert als Auftreten von Herzstillstand mit Reanimation, Spitalsaufenthalt wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz oder Einsatz von intravenösen inotrop oder vasodilatatorisch wirksamen Substanzen für mehr als vier Stunden.

Bei den in dieser Subgruppe beobachteten Patienten ohne vorherige Therapie mit einem ACE-Hemmer ergaben sich noch weit bessere Ergebnisse als in der Mutterstudie. Sowohl die Gesamtmortalität als auch die Kombination aus Mortalität und Morbidität konnten unter Therapie mit Valsartan gegenüber der Placebogruppe statistisch signifikant verringert werden. Bei den mit Valsartan behandelten Patienten betrug die Risikoreduktion für die Gesamtmortalität 33 % (Abb. 1), für den kombinierten Endpunkt aus Gesamtmortalität und Morbidität 44 % (Abb. 2). Die Therapieabbrüche waren in der Gruppe der mit Valsartan behandelten Patienten ebenso selten wie in der Placebogruppe.

Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, daß eine Therapie mit Valsartan bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ohne Therapie mit ACE-Hemmer die Gesamtmortalität verringert und zu einer deutlichen Abnahme der Spitalsauf-

nahmen wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz führt. Weiters verbesserte sich die Lebensqualität unter Valsartan. Aus Daten früherer Untersuchungen geht hervor, daß etwa 20 % der Patienten mit eingeschränkter Linksventrikelfunktion kein ACE-Hemmer verordnet wird; die Ursache liegt in der Unverträglichkeit. In der ValHeFT-Population lag der Anteil der mit ACE-Hemmern behandelten Patienten bei 93 %. Diese hohe Zahl resultiert möglicherweise aus der Tatsache, daß Patienten unter bereits laufender Therapie mit einem Angiotensin-II-Rezeptorblocker und somit möglicherweise vorbestehender ACE-Hemmer-Unverträglichkeit von der Untersuchung ausgeschlossen waren.

Die Ergebnisse der Subgruppenanalyse von Maggioni et al. dienen als Basis für die Zulassung von Valsartan für die Indikation Herzinsuffizienz durch die FDA (Food and Drug Administration). Interessanterweise führt die FDA noch größere Zahlen für die Risikoreduktion hinsichtlich der untersuchten Endpunkte an. Die FDA verwendete nämlich die Ergebnisse der nichtkorrigierten Regressionsanalysen und kam so zu einer Risikoreduktion für die Gesamtmortalität von 41 % und von 49 % für die Kombination aus Mortalität und Morbidität.

Im Rahmen des heurigen Kongresses der European Society of Cardiology präsentierten Maggioni et al. ein Poster mit Daten einer weiteren Subanalyse von ValHeFT. Die Autoren untersuchten den Einfluß der Therapie mit Valsartan auf die Inzidenz von Vorhofflimmern bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Die Zugabe von Valsartan zur Standardtherapie der Herzinsuffizienz (93 % ACE-Hemmer, 35 % Betablocker) führt zu einer Risikoreduktion für das Auftreten von Vorhofflimmern um 35 %. Weiters wurde berichtet, daß das Auftreten von Vorhofflimmern die Prognose von Patienten mit Herzinsuffizienz verschlechtert.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Christian Woisetschlager
I. Medizinische Abteilung, a. ö. KH St. Pölten
3100 St. Pölten
Probst-Führer-Straße 4
E-Mail: woisini@aon.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](#)