

Früherkennung und Therapie reduziert Mortalität

Herzinsuffizienz – stufengerecht behandeln

Werden Patienten mit Herzinsuffizienz gut therapiert, lassen sich Exazerbationen mit Hospitalisation reduzieren. Die Patienten profitieren von einer besseren Lebensqualität und einer geringeren Mortalität. Wichtig ist auch, bei Patienten mit einem erhöhten Risiko aktiv nach einer Herzinsuffizienz zu suchen. Dr. Matthias Paul, Leitender Arzt Kardiologie, Kantonsspital Luzern präsentierte die neuesten Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz.

Muss ein Patient mit einer akuten Herzinsuffizienz hospitalisiert werden, beträgt seine Mortalität 7 Prozent während der Hospitalisation und 30 Prozent im ersten Folgejahr, die chronische Herzinsuffizienz weist eine Mortalität von 6,5 Prozent pro Jahr auf. Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, die chronische Herzinsuffizienz so zu behandeln, dass eine akute Herzinsuffizienz mit Hospitalisation möglichst vermieden wird. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass eine optimale Behandlung die Hospitalisationsrate um 30 Prozent senken kann (1). Die Herzinsuffizienz ist häufigste Ursache von ungeplanten Spiteleinweisungen und damit auch ein grosser Kostenfaktor.

Einteilung der Herzinsuffizienz

Es werden 3 verschiedene Formen anhand der Auswurfraction und gemäss Anmerican Heart Association (AHA) 4 Stadien der Entwicklung Herzessuffizienz unterschieden (2) siehe *Abbildung*.

Formen der Herzinsuffizienz anhand der Auswurfraction:

- ▲ HF mit erhaltener («preserved») Auswurfraction (HFpEF): LVEF \geq 50%
- ▲ HF mit mässig reduzierter Ejektionsfraction (HFmrEF): LVEF 41–49%
- ▲ HF mit reduzierter Ejektionsfraction (HFrEF): LVEF \leq 40%

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Eine bessere Prävention und Früherkennung der Herzinsuffizienz rettet Leben.
- ▶ Immer an Herzinsuffizienz denken (bei allen Patienten mit Diabetes, Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit,...) ... und bei Patienten mit COPD!
- ▶ Versuchen Sie, Ihre Patienten mit HFpEF zu finden – verwenden Sie den Mayo-Clinic-Score.
- ▶ Messen Sie NT-proBNP (BNP), wenn der Verdacht auf Herzinsuffizienz besteht.
- ▶ Behandeln Sie mit den «Fantastischen Vier» bei der HFrEF, SGLT2 bei allen HF-Typen.

Bei der Frühform der Herzinsuffizienz bestehen noch keine Symptome. Echokardiografisch sind jedoch bereits strukturelle und funktionelle Veränderungen nachweisbar. Ist eine diastolische Dysfunktion vorhanden, steigt der intrakardiale Druck. Im Labor sind in diesem Stadium in der Regel die natriuretischen Peptide (z. B. NT-proBNP oder BNP) erhöht. Mit der Zeit schreitet die Erkrankung weiter voran, so dass Symptome auftreten. (s. Stage A-D der AHA)

Symptome oft verkannt

Die wichtigsten Symptome der Herzinsuffizienz werden oft verkannt und vor allem bei älteren Patienten einfach auf das Älterwerden zurückgeführt.

- ▲ verminderte körperliche Belastbarkeit, Müdigkeit
- ▲ Gewichtszunahme (aufgrund von Hypervolämie)
- ▲ Kurzatmigkeit bei Anstrengung, Orthopnoe
- ▲ paroxysmale nächtliche Dyspnoe
- ▲ Knöchelschwellung
- ▲ Appetitlosigkeit

Oft äussern die Patienten diese Symptome nicht spontan. Man sollte sie gezielt fragen, ob sie beispielsweise einen Leistungsknick erfahren haben, bei Anstrengungen unter Atemnot leiden oder Knöchelödeme bemerkt haben. Bei der klinischen Untersuchung sollte man auf gestaute Halsvenen oder ein positiven hepatojugulären Reflux als Zeichen einer Hypervolämie achten.

Bei Patienten mit COPD kann die Diagnose einer Herzinsuffizienz verpasst werden. Beide Krankheiten haben ähnliche Symptome und Befunde, und beide kommen nicht selten gleichzeitig vor. So kann eine akute Herzinsuffizienz fälschlicherweise als COPD interpretiert werden (3).

Um eine frühzeitige Diagnose der Herzinsuffizienz zu fördern, wurde das Akronym FIND-HF geprägt (3):

Fatigue
Increased water accumulation
Natriuretische Peptide testen
Dyspnoe
HF – Herzinsuffizienz

Bestehen Grundkrankheiten, bei denen eine Herzinsuffizienz häufig auftritt oder weisen Symptome oder Untersuchungsbefunde auf eine Herzinsuffizienz hin, sollte man als ersten

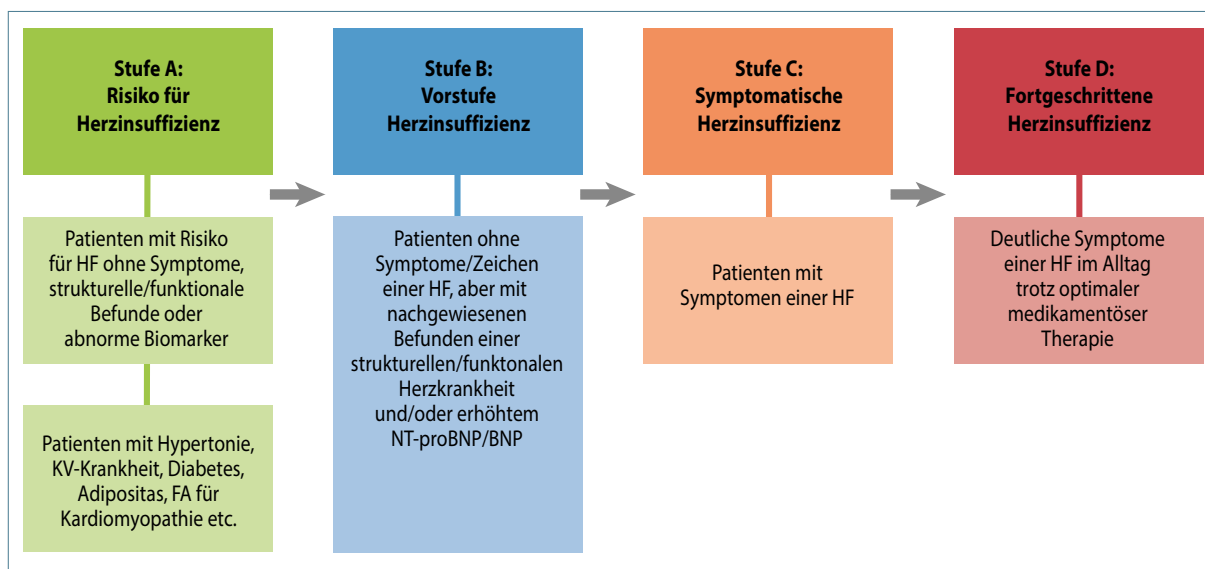


Abbildung: Die vier Stufen der Entwicklung und Verlauf einer Herzinsuffizienz A bis D (2)

Tabelle:
Der Algorithmus der Mayo-Klinik: Früherkennung der Herzinsuffizienz (7).

	Klinische Variable	Wert	Punkte
H2	Heavy	BMI > 30 kg/m ²	2
	Hypertensiv	≥ 2 antihypertensive Medikamente	1
F	Vorhof-Flimmern	paroxysmal oder persistierend	3
P	Pulmonary Hypertension	Doppler Echokardiografie, systolischer Druck in Pulmonalarterie < 35 mmHg	1
E	Elder, Alter	Alter > 60 Jahre	1
F	Füllungsdruck	Doppler Echokardiografie E/e' > 9	1
H2FPFEF-Score: ≤ 1: HFpEF unwahrscheinlich 2-5: weitere Abklärungen angezeigt ≥ 6: HFpEF wahrscheinlich			0-9

Schritt das BNP oder NT-ProBNP (N-terminal pro b-type natriuretic peptide) bestimmen. Bei einem NT-proBNP ≤ 125 pg/Liter oder BNP ≤ 35 pg/ml ist eine Herzinsuffizienz fast sicher ausgeschlossen. Bei einer Erhöhung braucht es weitere Abklärungen, insbesondere eine Echokardiografie, um die Ätiologie und den Grad der Herzinsuffizienz zu klären (4). In einer Akutsituation mit akuter Atemnot gelten höhere Grenzwerte zum Ausschluss einer Herzinsuffizienz. Für das Stadium mit fehlenden Symptomen und Zeichen können erhöhte natriuretische Peptide zur Erkennung eines frühen Stadiums einer Herzinsuffizienz beitragen, für diesen Zustand wurde auch der Begriff «Herz-Stress» neu geschaffen (3).

An Herzinsuffizienz denken – Diagnose suchen

Die wichtigsten Ursachen der Herzinsuffizienz sind Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Diabetes und Adipositas. Bei diesen Patienten sollte man aktiv nach einer Herzinsuffizienz suchen (5). In der Praxis und im Spital wird insbesondere die HFpEF wohl oft verpasst, wenn man sie nicht aktiv sucht. Welche Patienten auf eine Herzinsuffizienz gescreent werden

sollen, dazu gibt es leicht divergierende Empfehlungen. Eine Arbeitsgruppe der ESC schlägt vor, dies bei allen Patienten mit Typ-2-Diabetes und bei allen Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren regelmässig unabhängig vom Alter durchzuführen (3), dies empfehlen auch die amerikanischen Guidelines.

In der Schweiz hat eine Expertengruppe aus Kardiologie, Diabetologie und Hausarztmedizin eine etwas restriktivere Empfehlung formuliert (6). Patienten mit Typ-2-Diabetes sollten regelmässig ab dem 60. Lebensjahr gescreent werden, auch der Grenzwert für weitere Abklärungen liegt mit ≥ 300 pg/l etwas höher. Dies wurde so festgelegt, dass nicht zu viele Patienten unnötig eine Echokardiografie erhalten. In bestimmten Situationen kann es trotzdem sinnvoll sein, auch jüngere Patienten zu screenen, wenn sie vielleicht schon lange an einem Diabetes leiden und weitere Risikofaktoren aufweisen.

Der Mayo-Klinik-Algorithmus

Die Mayo-Klinik hat einen Algorithmus formuliert, der mit sechs Variablen die Wahrscheinlichkeit für eine HFpEF er-

fassen kann; vier davon kann man in der Praxis bestimmen (7). Siehe *Tabelle*.

Medikamentöse Stufentherapie

Als erster Schritt bei Frühformen und begleitend zu allen Therapien sollten der Lebensstil verbessert werden. Man sollte die Patienten ermutigen, sich mehr zu bewegen, gerade auch ältere Herzinsuffizienzpatienten. Verschiedene Kliniken bieten auch spezifische ambulante Rehabilitationsprogramme.

Folgende Medikamentengruppen werden eingesetzt, Diuretika plus die «Fantastischen Vier»:

- ▲ ACE-Hemmer oder ARNI (Angiotensin-Rezeptor-Nepri-lisin-Inhibitor, Entresto®)
- ▲ Betablocker
- ▲ MRA (Mineralokortikoidrezeptorantagonist bzw. Aldosteronantagonist)
- ▲ SGLT2-Inhibitoren (Sodium glucose linked transporter Inhibitor).

Viele Patienten mit Herzinsuffizienz und HF_rEF entwickeln eine Hypotonie. Man sollte aus Angst vor Stürzen jedoch nur etwas an der Therapie ändern, wenn die Hypotonie tatsächlich symptomatisch ist. Bleibt unklar, ob die Symptome mit der Hypotonie zusammenhängen, kann auch eine 24-Stunden-Blutdruckmessung weiterhelfen (8).

Sind die Patienten symptomatisch oder haben einen Blutdruck unter 90 mmHg, sollte man die Medikamentenliste überprüfen. Bevor man die Herzinsuffizienz-Medikation reduziert, sollte man überlegen, ob andere Medikamente gestoppt oder durch weniger hypotonwirkende ersetzt werden können, zum Beispiel bei koronarer Herzkrankheit das Amlodipin sistieren oder bei Patienten mit vergrößerter Prostata das Tamsulosin auf Finasterid umstellen.

Wenn dies nicht ausreicht, kann man als nächsten Schritt die Diuretika reduzieren. Oft sind die höheren Diuretikadosen nur bei Therapiebeginn notwendig, bevor die Wirkung der anderen Medikamente einsetzt. Auf die Reduktion der Diuretika sollte man aber bei einer Hypervolämie verzichten. Erst in einem zweiten Schritt sollte man die Therapie mit den restlichen vier Medikamentengruppen ändern (9). Ein guter Leitfaden (Pocketcard) dazu findet sich unter www.heartfailure.ch (siehe *QR-Link*). Hier wird auch das Vorgehen bei weiteren häufigen Problemen besprochen wie die Verschlechterung der Nierenfunktion, die Hyperkaliämie oder die Bradykardie.

Von ACE-Hemmer zu ARNI

Bei Patienten mit einer HF_rEF (EF ≤ 40%) ist ein Wechsel von einem ACE-Hemmer auf Sacubitril/Valsartan empfohlen, allerdings braucht es eine 36-stündige Pause wegen der Gefahr des Angioödems, wenn man beide Medikamente gleichzeitig gibt, Patienten unter einem AT-2-Antagonisten können ohne Pause wechseln. Die Patienten profitieren oft von diesem

Wechsel, sie haben deutlich weniger Symptome und eine bessere Lebensqualität. Studien haben gezeigt, dass die Patienten zudem länger leben und weniger häufig an einem plötzlichen Herztod sterben (10).

Bei nur leicht eingeschränkter Auswurfraction (HF_mEF, EF 41–49%) können alle vier Medikamentengruppen eingesetzt werden. Hier ist gemäss den europäischen Richtlinien (im Gegensatz zu den amerikanischen Empfehlungen) die Umstellung von ACE-Hemmern auf Sacubitril/Valsartan nicht empfohlen und von den Krankenkassen auch nicht vergütet, anders bei den amerikanischen Richtlinien. Bei Patienten mit nicht eingeschränkter Auswurfraction (HF_pEF, EF ≥ 50%) sind SGLT2-Inhibitoren indiziert. Bei allen Patienten sollen natürlich zusätzlich die Komorbiditäten therapiert werden. ▲

Barbara Elke

Quelle: 8. Frühlingskongress der SGAIM, Basel, 29. bis 31. Mai 2024. Chronische Herzinsuffizienz_ Prävention, Früherkennung und Behandlung. Dr. Matthias Paul, Leitender Arzt Kardiologie, Kantonsspital Luzern.

1. Crespo-Leiro MG et al.: Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail.* 2016 Jun;18(6):613-25. doi: 10.1002/ejhf.566. Erratum in: *Eur J Heart Fail.* 2017 Mar;19(3):438. doi: 10.1002/ejhf.772.
2. Heidenreich PA et al: 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2022 May 3;145(18):e895-e1032. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063.
3. Bayes-Genis A et al.: Practical algorithms for early diagnosis of heart failure and heart stress using NT-proBNP: A clinical consensus statement from the Heart Failure Association of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2023 Nov;25(11):1891-1898. doi: 10.1002/ejhf.3036.
4. DGK Pocket-Leitlinie (Deutsche Übersetzung und Zusammenfassung der ESC Guidelines): <https://leitlinien.dgk.org/2022/pocket-leitlinie-akute-und-chronische-herzinsuffizienz-version-2021/>
5. Visseren FLJ et al.: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484. Erratum in: *Eur Heart J.* 2022 Nov 7;43(42):4468. doi: 10.1093/eurheartj/ehac458.
6. Recommendations for Early Identification of Heart Failure in Patients with Diabetes: Consensus statement of the Swiss Society of Endocrinology and Diabetology and the Heart Failure Working Group of the Swiss Society of Cardiology (in press) (*Swiss medical weekly*)
7. Reddy YNV et al.: A Simple, Evidence-Based Approach to Help Guide Diagnosis of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Circulation.* 2018 Aug 28;138(9):861-870. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034646.
8. Cautela J et al. Management of low blood pressure in ambulatory heart failure with reduced ejection fraction patients. *Eur J Heart Fail.* 2020 Aug;22(8):1357-1365. doi: 10.1002/ejhf.1835.
9. www.heartfailure.ch. Neuauflage 2022 basierend auf ESC Guidelines 2021. McDonagh TA et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021 Sep 21;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
10. McDonagh TA et al.: ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021 Sep 21;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Erratum in: *Eur Heart J.* 2021 Dec 21;42(48):4901. doi: 10.1093/eurheartj/ehab670.



www.heartfailure.ch
– Pocketcard