

Neuer ACC Expertenkonsens* 2021 zur Optimierung der HFrEF Behandlung
Image



Neuer ACC Expertenkonsens* 2021 zur Optimierung der HFrEF Behandlung

ACC empfiehlt ARNI als bevorzugten RAAS Hemmer bei HFrEF¹

Eine Zusammenfassung des Artikels „2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee“, welcher am 16. Februar 2021 im „Journal of the American College of Cardiology“ veröffentlicht wurde.¹

Das American College of Cardiology (ACC) entwickelt verschiedene Dokumente – z. B. die Expert Consensus Decision Pathways (ECDPs) – um klinische Guidelines zu komplementieren und die Kliniker über die neuesten klinischen Studien und Evidenzen zu informieren.

Der Expertenkonsensus 2021 beinhaltet neue Studienergebnisse, welche die Verwendung eines ARNI bei de novo und/oder ACEI/ARB-naiven HFrEF Patienten als Erstlinientherapie empfehlen.⁴⁻⁷ Weitere Neuerungen sind klinische Daten der SGLT2-Inhibitoren, Studien mit HFrEF Populationen, die einen vorteilhaften Klasseneffekt dieser Inhibitoren sowie deren Verwendung in einem breiten Spektrum der HFrEF unterstützen.

Therapieeinleitung: Initiieren, Hinzufügen oder

Umstellen der HFrEF Therapie

Etablierte Therapien für chronische HFrEF umfassen ARNIs, Angiotensin-Converting-Enzym-Inhibitoren (ACEIs), Angiotensin-Rezeptorblocker (ARBs), Betablocker (BB), Schleifendiuretika, Mineralkortikoid-Rezeptorantagonist (MRA), Hydralazin/Isosorbid-Dinitrat (HYD/ISDN) und Ivabradin.

Der Spitalaufenthalt aufgrund einer HFrEF bietet einen idealen Zeitpunkt, um die Therapie zu optimieren. Weiterhin ist es wichtig, die fortlaufende Titration der GDMT für Patienten während und nach der Entlassung aus dem Spital zu begleiten.

Leitlinienbasierte medizinische Therapie (Guideline-directed medical therapy, GDMT)

Bei Patienten mit neu auftretender HFrEF im Stadium C** empfiehlt das Expertenkomitee, die Therapie entweder mit einem ARNI/ACEI/ARB (wobei ARNI bevorzugt wird) und/oder einem BB zu starten. Unabhängig von der Reihenfolge sollten beide Wirkstoffklassen in angemessenen Intervallen (z. B. alle 2 Wochen) auf die maximal tolerierten Dosen oder Zieldosen auftitriert werden. Die Einleitung eines ARNI/ACEI/ARB wird häufig besser vertragen, wenn der Patient noch gestaut ist („nass“), während BB von weniger gestauten Patienten („trocken“) mit angemessenem Ruhepuls besser vertragen werden.

Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI)

Bereits die **2016 aktualisierte HI-Richtlinie** empfahl einen ARNI/ACEI/ARB zur Reduktion der Morbidität und Mortalität bei Patienten mit chronischer HFrEF.⁸ Ausserdem wurde empfohlen, **symptomatischen NYHA II-III Patienten, die ACEI/ARB tolerieren, auf einen ARNI umzustellen** (Klasse I, Evidenzgrad: BR).²⁻⁵

Daten aus mehreren klinischen Studien (PARADIGM-HF, PROVE-HF, TITRATION-HF) belegen die **direkte Einleitung einer ARNI Therapie als sichere und wirksame Strategie**.⁴⁻⁶

Daten aus den PIONEER-HF, PROVE-HF und TITRATION Studien mit *de novo* und/oder ACEI/ARB-naiven HI Patienten, bei denen im Spital ENTRESTO® eingeleitet wurde, zeigten

- eine stärkere Verringerung der natriuretischen Peptidkonzentration
- eine Umkehr des kardialen Remodelling

- eine verbesserte Pumpfunktion
- ein vergleichbares Sicherheitsprofil
- eine signifikante Verbesserung der frühen klinischen Ergebnisse im Vergleich zu mit Enalapril behandelten Patienten.^{4,6,9,10}

Aufgrund dieser gesammelten Daten empfehlen die Experten den ARNI jetzt als Erstlinientherapie (bevorzugt gegenüber ACEI/ARB).

Natrium-Glucose-Cotransporter-2 (SGLT2)-Inhibitoren

Eine Metaanalyse von DAPA-HF und EMPEROR-Reduced ergab eine konsistente Reduktion der HI bedingten Hospitalisierung sowie der Gesamt- und CV-bedingten Mortalität unter Dapagliflozin und Empagliflozin.¹¹

Therapieoptimierung: Optimale Therapie bei mehreren HI-Medikamenten

Für den maximalen Nutzen der GDMT bei Patienten mit chronischer HI, müssen die Therapien eingeleitet und auf maximal tolerierte Dosen auftitriert werden.¹²⁻¹⁵ Ein **ARNI** ist der bevorzugte Renin-Angiotensin-Inhibitor in Abwesenheit von Hypotonie, Elektrolyt-/Niereninstabilität und vorherigem Angioödem unter ACEI/ARB und die Dosis kann alle 2 Wochen erhöht werden. In der TRANSITION-Studie erreichten etwa 50 % der Patienten die ENTRESTO® Zieldosis innerhalb von 10 Wochen.¹⁶ Für die Titration eines ARNI/ACEI/ARB kann eine Reduktion der Schleifendiuretika erforderlich sein.

Da ENTRESTO® im Vergleich zu ACEIs/ARBs einen stärkeren Blutdruck senkenden Effekt haben kann, wird bei Patienten mit grenzwertigem Blutdruck (systolischer ≤ 100 mm Hg) eine engmaschige Nachbeobachtung empfohlen. Bei rekompensierten Patienten mit ansonsten stabilem klinischem Profil, mildert eine Diuretika Reduktion die blutdrucksenkende Wirkung von ENTRESTO®.

SGLT2-Inhibitoren sind empfohlen für Patienten mit chronischer HFrEF, welche bereits

BB, einen ARNI/ACEI/ARB und MRA erhalten. Die Studien DAPA-HF, EMPEROR-Reduced sowie eine Metaanalyse zeigte einen konsistenten Nutzen der SGLT2-Hemmung bei bereits mit einem ARNI behandelten Patienten.^{11,17,18} Bei bestehender Nierenfunktionsstörung ist bei Initiierung der GDMT Vorsicht geboten.

Therapie bei Erholung der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF)

In der PROVE-HF Studie verbesserte sich die LVEF und reduzierte sich das Volumen des linken Ventrikels über einen Zeitraum von 12 Monaten bei manchen Patienten.¹⁹ Eine wiederholte Bildgebung kann daher bei klinischen Änderungen nützlich sein.²

Eine Erholung der LVEF auf > 40 % bei vorbestehender HFrEF verbessert die Prognose²⁰ und Kliniker stehen häufig vor der Frage, ob die GDMT bei LVEF-Wiederherstellung/Verbesserung fortgesetzt, reduziert oder gestoppt werden soll. In der TRED-HF-Studie erlitten jedoch fast 50 % der Patienten nach Absetzen der GDMT innerhalb von 6 Monaten einen HI Rückfall.²¹ Daher wird in Abwesenheit einer definierten, reversiblen Ursache der HI ein **Fortsetzen der GDMT empfohlen.**²²

Biomarker - Bestimmung der natriuretischen Peptide

Das natriuretische Peptid B (BNP) und NT-proBNP gehören zu den am besten untersuchten und etablierten Biomarkern, deren Bestimmung zur Unterstützung einer klinischen HFrEF Diagnose sowie der HFrEF Prognose empfohlen ist (Klasse I Empfehlung).² Erhöhte oder steigende BNP/NT-proBNP Konzentrationen bei ambulanten Patienten mit HFrEF weisen auf ein hohes Risiko hin.

Die natriuretischen Peptidwerte müssen im Zusammenhang mit der GDMT interpretiert werden. Wichtig ist es zu wissen, dass die BNP-Konzentration durch die Neprilysin-Hemmung unter ARNI ansteigt oder erhöht bleiben kann. Unter ARNI kann das Ansprechen auf die Therapie durch die NT-proBNP-Messung beurteilt werden. In der PROVE-HF-Studie wurde gezeigt, dass die NT-proBNP-Senkung nach ENTRESTO®-Initiierung mit einem höheren Grad an reverse cardiac remodeling und verbesserter Prognose korrelierte.^{4,20}

[Hier](#) geht's zum Originalpaper

* Das ECDP von 2017 zur Optimierung der Behandlung von Herzinsuffizienz (HI) basiert auf der 2013 ACCD/AHA Richtlinie zur Behandlung von HI und der 2017 von der ACC/AHA/HFSA herausgegeben Aktualisierung der 2013 Richtlinie^{2,3}

** definiert als strukturelle Herzerkrankung mit früheren oder aktuellen Symptomen einer HI

Referenzen

1. McDonagh TA, et al., *2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.* Eur Heart J 2021;42:3599–372.

2. McMurray JJV, Packer M, *How Should We Sequence the Treatments for Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction?* *Circulation* 2021;143:875-877.
3. McMurray JJ, et al., *PARADIGM-HF Investigators and Committees. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure.* *N Engl J Med* 2014;371:993-1004.
4. Velazquez EJ, et al., *PIONEER-HF Investigators. Angiotensin-neprilysin inhibition in acute decompensated heart failure.* *N Engl J Med* 2019;380:539-548.
5. Wachter R, et al., *Initiation of sacubitril/valsartan in haemodynamically stabilised heart failure patients in hospital or early after discharge: primary results of the randomised TRANSITION study.* *Eur J Heart Fail* 2019;21:998-1007.
6. McMurray JJV, et al., *DAPA-HF Trial Committees and Investigators. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction.* *N Engl J Med* 2019;381:1995-2008.
7. Packer M, et al., *EMPEROR- Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure.* *N Engl J Med* 2020;383:1413-1424.
8. Faris R, et al., *Current evidence supporting the role of diuretics in heart failure: a meta analysis of randomised controlled trials.* *Int J Cardiol* 2002;82:149-158.
9. Vardeny O, et al., *Reduced loop diuretic use in patients taking sacubitril/valsartan compared with enalapril: the PARADIGM-HF trial.* *Eur J Heart Fail* 2019;21:337-341.
10. Mullens W, et al., *The use of diuretics in heart failure with congestion – a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology.* *Eur J Heart Fail* 2019;21:137-155.
11. Mebazaa A, et al., *Recommendations on pre-hospital & early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine.* *Eur J Heart Fail* 2015;17:544-558.
12. Lee KK, et al., *Post-discharge Follow-up characteristics associated with 30-day readmission after heart failure hospitalization.* *Med Care* 2016;54:365-372.
13. Edmonston DL, et al., *Association of post-discharge specialty outpatient visits with readmissions and mortality in high-risk heart failure patients.* *Am Heart J* 2019;212:101-112.

14. Bhagat AA, et al., *Initiation, continuation, switching, and withdrawal of heart failure medical therapies during hospitalization*. JACC Heart Fail 2019;7:1-12.
15. Greene SJ, et al., *The vulnerable phase after hospitalization for heart failure*. Nat Rev Cardiol 2015;12:220-229.

Novartis stellt die aufgeführten Referenzen auf Anfrage zur Verfügung

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ch-de/herzinsuffizienz-eine-unterschaetzte-erkrankung/neuer-acc-expertenkonsens-2021-zur-optimierung-der>