

Jahrgang 25

Nummer 15/2003

Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (P. Buser) 57

Wenn sich eine Herzinsuffizienz mit Diuretika und ACE-Hemmern nicht befriedigend behandeln lässt, muss überprüft werden, ob alle Begleitmassnahmen beachtet werden und ob ein Betablocker eingesetzt werden kann. Weiter sind Spironolacton, Angiotensin-Rezeptorblocker und Digoxin in Betracht zu ziehen.

Übersicht

Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz

Wenn Diuretika und ACE-Hemmer nicht genügen

P. Buser

Manuskript durchgesehen von W. Angehrn, F. Follath, M.M. Kochen, R. Lerch, M. Zuber, K. Zürcher

Die Herzinsuffizienz ist ein Syndrom, das aus unspezifischen Symptomen wie Dyspnoe, Leistungsschwäche, Schwindel und Ödemen sowie einer nachweisbaren Funktionsstörung meistens des linken Ventrikels besteht und dessen Symptomatik sich auf eine spezifische Behandlung hin bessert. Dieses Syndrom wird in den nächsten Jahrzehnten unser diagnostisches und therapeutisches Wissen und Können sowie die Ressourcen im Gesundheitswesen herausfordern.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung sowie die verbesserten Überlebenschancen von Personen mit einem akuten Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Kardiomyopathien und mit sekundären Myokarderkrankungen werden in der Schweiz in den nächsten zwei Dezennien mindestens zu einer Verdoppelung der aktuell etwa 100'000 Personen mit Herzinsuffizienz führen.

Eine symptomatische Herzinsuffizienz ist in Bezug auf die Prognose einer malignen Krankheit vergleichbar und geht mit einer miserablen Lebensqualität und häufigen Spitalaufenthalten einher. Die Therapie ist grundsätzlich – mit Ausnahme der Herztransplantation – palliativ. Dennoch konnte im Verlaufe der letzten 20 Jahre in vielen Studien gezeigt werden, dass mit einer medikamentösen Therapie und gegebenenfalls der Implantation von intravenösen Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) die Prognose und die Lebensqualität deutlich verbessert werden kann.

Herzinsuffizienzstadium und Behandlungsstrategie

Bevor bei Kranken mit Herzinsuffizienz die Behandlungsstrategie festgelegt wird, muss das Stadium der Erkrankung definiert werden. Unter dem Begriff Herzinsuffizienz wird im allgemeinen ein komplexes Syndrom, bestehend aus strukturellen, funktionellen und biologischen Veränderungen definiert, das wegen ungenügender Pumpleistung des Herzens schliesslich zu klinischen Symptomen führt, progredient ist und mit akutem Herztod oder Herzversagen endet.

Gemäss der Leitlinie zweier amerikanischer Fachgesellschaften wird die Herzinsuffizienz in vier Stadien mit unterschiedlichen therapeutischen Optionen eingeteilt:¹

Stadium A: Personen, bei denen ein hohes Risiko für das Entstehen einer Herzinsuffizienz besteht, jedoch aktuell weder eine strukturelle Herzkrankheit noch Insuffizienzsymptome nachweisbar sind. Dies trifft z.B. auf Personen mit Hypertonie, Diabetes mellitus oder koronarer Herzkrankheit sowie auf solche mit Tabak- und Alkoholmissbrauch zu.

Stadium B: Asymptomatische Personen, die eine strukturelle Herzkrankheit aufweisen (z.B. linksventrikuläre Dysfunktion nach Herzinfarkt, bei Valvulopathien, Myokarditis). Funktionell gehören diese Personen der NYHA-Klasse I an (siehe Tabelle 1).

Stadium C: Kranke mit struktureller Herzkrankheit und Herzinsuffizienz-Symptomen (aktuell oder anamnestisch). Funktionell können diese Personen meistens der NYHA-Klasse II oder III zugeordnet werden.

Stadium D: Kranke mit therapierefraktärer Symptomatik (in der Regel NYHA-Klasse IV), die spezielle Interventionen wie intravenöse Therapie mit inotropen Medikamenten, mechani-

Tabelle 1: Funktionelle Herzinsuffizienz-Klassen gemäss der New York Heart Association (NYHA)

I	Auch bei stärkeren Anstrengungen beschwerdefrei
II	Insuffizienz-Neschwerden bei stärkeren Anstrengungen (z.B. Treppensteigen)
III	Insuffizienz-Beschwerden bei geringeren Anstrengungen (z.B. gewöhnliche Hausarbeiten, Gehen in flachem Terrain)
IV	Insuffizienz-Beschwerden bei den geringsten Anstrengungen oder in Ruhe