



Torasemid oder Furosemid bei dekompensierter Herzinsuffizienz? Ergebnisse der pragmatischen, offenen Vergleichsstudie TRANSFORM-HF [CME]

Zusammenfassung: In einer größeren offenen, randomisierten Wirksamkeitsstudie zur oralen diuretischen Behandlung bei dekompensierter Herzinsuffizienz mit Torasemid oder Furosemid ergab sich kein Vorteil für eines der beiden Schleifendiuretika, wenn eine (gewichtsbezogene) diuretische Wirkäquivalenz von 1:2-4 zugrunde gelegt wurde. Die Gesamtsterblichkeit sowie die Häufigkeit erneuter Aufnahmen ins Krankenhaus bis 12 Monate nach stationärer Entlassung waren gleich, unabhängig von der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) und auch davon, ob es sich um Patienten mit erstmaliger Manifestation der Herzinsuffizienz mit Dekompensation oder mit Dekompensation bei chronischer Herzinsuffizienz handelte. Allerdings lagen vollständige Daten nur bei 70% der Studienteilnehmer vor.

Nach der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ aus dem Jahr 2019 (S3-Leitlinie, letzte Aktualisierung September 2021; 2, 3) sollen Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz und deutlich reduzierter linksventrikulärer Auswurfleistung (LVEF $\leq 40\%$) nach einem Stufenschema behandelt werden. Dieses besteht aus einer Kombination von einem Angiotensin-Converting-Enzyme(ACE)-Hemmer (z.B. Ramipril) oder Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker (AT-II-RB, z.B. Candesartan), Betarezeptoren-Blocker (BB; Bisoprolol, Carvedilol oder Metoprolol retardiert), Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist (MRA; Spironolacton oder Eplerenon) bzw. Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor (ARNI; Sacubitril/Valsartan). Zuletzt wurde das Behandlungskonzept um die Natrium-Glukose-Cotransporter-2-Hemmer (SGLT2-H; Dapagliflozin oder Empagliflozin) erweitert (3). Zur Klassifikation und Therapie der Herzinsuffizienz haben wir häufig berichtet (4). Unter Therapie konnte eine Verlängerung des Lebens, eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Verminderung stationärer Aufenthalte nachgewiesen werden (1). Zusätzlich sind Diuretika seit > 50 Jahren in der Therapie der dekompensierten Herzinsuffizienz (HI) etabliert und fester Bestandteil einer leitliniengerechten Therapie bei Flüssigkeitsretention (1).

Ob in der Behandlung der Herzinsuffizienz eines der beiden Schleifendiuretika, Furosemid (FS) oder Torasemid (TS), klinisch besser ist, ist nicht klar. FS wird häufiger verordnet; TS hat pharmakinetisch theoretische Vorteile, wie bessere Bioverfügbarkeit und längere Halbwertszeit (3-4 vs. 0,5-2 Std. bei Gesunden). Kleinere Studien ergaben Hinweise für eine geringere Morbidität und Letalität unter TS in dieser Indikation (5-7), sogar bis zu 50% im Vergleich

Inhalt

Torasemid oder Furosemid bei dekompensierter Herzinsuffizienz? Ergebnisse der pragmatischen, offenen Vergleichsstudie TRANSFORM-HF	9
Aktualisierte PRISCUS-Liste: Unterstützung bei der Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Menschen	10
Acetylsalicylsäure oder niedermolekulares Heparin zur Prophylaxe von Thrombosen nach Frakturen im Bereich der Extremitäten?	12
Bei Angsterkrankungen ist Verhaltenstherapie mit Achtsamkeitsübungen therapeutisch etwa gleich effektiv wie Escitalopram	12
Dupilumab zur Therapie der Eosinophilen Ösophagitis	14
Nochmals Inkretinmimetika: Vorsicht bei diabetischer Retinopathie	15
In eigener Sache	16

Dosisangaben ohne Gewähr.

zu FS (8); große Studien fehlten bisher. Jetzt wurde in der großen, offenen, pragmatischen, randomisierten TRANSFORM-HF-Studie die Wirksamkeit von TS im Vergleich zu FS auf die Mortalität untersucht bei Patienten mit dekompensierter HI nach Entlassung aus dem Krankenhaus (9, 10). Die Studie wurde allein aus Mitteln des National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) finanziert. Die Autoren geben etliche Interessenkonflikte mit pharmazeutischen Unternehmen an.

Studiendesign: In 60 Krankenhäusern der USA wurden Patienten rekrutiert, die bei Erstmanifestation oder chronischer HI mit akuter Dekompensation stationär behandelt wurden. Die LVEF musste innerhalb der letzten 24 Monate $\leq 40\%$ betragen haben oder beim aktuellen Aufenthalt das Natriuretische Peptid im Serum erhöht sein. Eine stationäre akute sowie geplante Langzeit-Therapie mit Diuretika war Einschlussbedingung. Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz, Herztransplantation oder kardialen Unterstützungssystemen waren ausgeschlossen. In einer offenen 1:1-Randomisierung erhielten die Teilnehmer entweder TS oder FS oral, wobei davon ausgegangen wurde, dass 1 mg TS etwa 2-4 mg FS entspricht. Die Dosierung im Verlauf der Nachbeobachtung wurde von den betreuenden Hausärzten angepasst. Eine Wiedervorstellung im Studienzentrum war, dem Konzept einer pragmatischen, offenen Studie entsprechend, nicht geplant. Die Nachbeobachtung erfolgte telefonisch nach einem Monat sowie nach 6 und 12 Monaten. Zur Beurteilung des Langzeitvergleichs wurden die ersten 1.500 Teilnehmer länger beobachtet: 500 über 30 Monate mit Telefoninterviews alle 6 Monate, 500 über 24 und die letzten 500 über 18 Monate. Primärer Endpunkt war die Gesamtsterblichkeit. Sekundäre Endpunkte