

# Therapeutische Probleme bei Herzinsuffizienz

In einem sehr gut besuchten Seminar erläuterten Prof. Ferenc Follath, Zürich, und Dr. med. Hans Ulrich Zürcher, Erlenbach, therapeutische Probleme und Möglichkeiten bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz.

*Eva Ebnöther*

«Einmal Herzinsuffizienz – immer Herzinsuffizienz» – so hiess es noch vor einigen Jahren fatalistisch, erinnerte Prof. Follath. Diese Devise hat sich nun glücklicherweise geändert. Herzinsuffizienz ist nicht gleich Herzinsuffizienz, gewisse Formen der Herzinsuffizienz sind – dank neuen Behandlungsmöglichkeiten – reversibel. Genau diese Formen gilt es in der Praxis zu entdecken, damit dem Patienten eine adäquate Behandlung zukommt.

## Dyspnoe als Zeichen einer diastolischen Dysfunktion

Der Referent stellte die Geschichte eines älteren Patienten vor, der wegen einer schweren Dyspnoe (die man immer als Asthma



behandelte) wiederholt hospitalisiert wurde. EKG und Röntgen-Thorax waren normal, ein Belastungs-EKG wurde wegen des reduzierten Allgemeinzustands nie veranlasst. Erst als eine Koronarangiografie durchgeführt wurde, entdeckte man eine schwere koronare Herzkrankheit in drei Gefässen.

Prof. Follath betonte, dass eine ungeklärte Dyspnoe als Äquivalent zu den üblichen Stenosesymptomen angesehen werden kann. Eine Dyspnoe bei normalem EKG und normalem Röntgen-Thorax ist typisch für eine diastolische Dysfunktion. Bei dieser Herzerkrankung, die in der Regel durch eine arterielle Hypertonie, ein Aortenvitium oder eine Myokardischämie ausgelöst wird, ist der Kapillardruck in der Lunge in Ruhe erhöht. Betroffen sind vor allem ältere Frauen mit einer hypertensiven Herzerkrankung. Die Behandlung besteht in der Gabe von Diuretika, um die Lungenstauung zu beseitigen.

Eine nächtliche Dyspnoe, bei der die Patienten aufsitzen oder aufstehen müssen, ist ganz typisch für eine Linksherzinsuffizienz. Auch Asthmatiker werden nicht selten in der Nacht von Atemnot befallen, aber im Gegensatz zu den Herzinsuffizienz-Patienten tritt bei Asthmatikern die Atemnot auch am Tag auf und wird vom typischen Pfeifen begleitet. Im Publikum wurde die Frage gestellt, ob bei Patienten mit gemischten kardiopulmonalen Problemen Betablocker kontraindiziert sind. Bei Asthmatikern sei dies tatsächlich der Fall, antwortete Follath. Anders sieht die Situation bei Patienten mit einer COPD oder einem Emphysem aus: Wenn sie nicht unter Bronchospasmen leiden, ist eine vorsichtige Gabe von niedrig dosierten Betablockern möglich.

Ergänzend zu seinem Hauptreferat ging Follath noch kurz auf die natriuretischen Peptide (BNP) ein. Er ist davon überzeugt, dass die Einführung des BNP-Tests für die Abklärung von Herzinsuffizienz-Patienten eine echte Erleichterung und Bereicherung sein wird. Mit Hilfe der BNP-Werte kann man eine Herzinsuffizienz teilweise genauer diagnostizieren als mit der Bestimmung der Auswurfraction, weil diese nur bei einer systolischen Dysfunktion erniedrigt ist.

## Wo beginnt die Herzinsuffizienz?

Ab welchen Symptomen bzw. Befunden muss man einen Patienten als herzinsuffizient

betrachten und entsprechend behandeln? Es ist sehr wichtig, dass man als Arzt frühzeitig auf Herzinsuffizienz-Symptome aufmerksam wird, meinten die Referenten, denn Patienten im Frühstadium profitieren am meisten von einer Behandlung. Gerade bei der Früherkennung einer Herzinsuffizienz ist die Arbeit des Allgemeinpraktikers sehr gefragt.

Hans Ulrich Zürcher berichtete von einem etwa 55jährigen Patienten aus seiner Praxis, der immer sehr sportlich gewesen war (Skilanglauf) und der über einen Leistungsabfall beim Sport berichtete. Die Herzfrequenz in Ruhe betrug 80/min (das ist viel für einen Sportler), der Blutdruck in Ruhe 150/96 mm Hg. Im Belastungs-EKG kam der Patient nur auf eine Leistung von 160 Watt, und der Blutdruck stieg auf einen Maximalwert von 220/115 mm Hg. Der Diagnose einer Belastungshypertonie schloss sich ein Echokardiogramm an.

Wie soll man diesen Patienten behandeln? Im Publikum waren die Meinungen geteilt: Jeweils etwa die Hälfte der Zuhörer stimmte für ACE-Hemmer bzw. Beta-blocker. Ferenc Follath plädierte jedoch vehement für ein *kaliumsparendes Diuretikum*: Es

sei bewiesen, dass die Regression einer Herzinsuffizienz mit einem Diuretikum am besten und auch am raschesten erreicht werden kann. Ebenfalls wichtig ist bei erhöhten Cholesterinwerten eine Cholesterinsenkung.

*Digoxin* als Therapieoption kommt erst an dritter oder vierter Stelle nach Diuretika, ACE-Hemmern und Betablockern. Die Gabe von Digoxin ist vor allem bei Patienten sinnvoll, die unter Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern leiden und trotz Betablockade und ACE-Hemmer immer noch symptomatisch sind.

*Spironolacton* allein wirkt nicht genügend diuretisch. Die Gabe von Spironolacton kann bei Patienten erwogen werden, die schon mit einem Diuretikum und ACE-Hemmern behandelt werden und dennoch nicht symptomfrei sind. Als Nebenwirkung kann bei Männern das Brustwachstum angeregt werden.

*Kalzium-Antagonisten* sind zur Therapie der Herzinsuffizienz nicht geeignet – in Kombination mit Betablockern werden sie zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit eingesetzt.