Christian Müller

Herzinsuffizienz in der ambulanten Medizin

Plenar Session 5 am SGIM Great Update 2011

Da die Herzinsuffizienz mit ganz wenigen Ausnahmen eine chronische Erkrankung ist, kommt der ambulanten Medizin die entscheidende Rolle in der langfristigen Betreuung dieser Patienten zu.

Die Herzinsuffizienz ist ein Syndrom, das unterschiedliche kardiologische Krankheitsbilder umfasst. Alle haben sie die Unfähigkeit des Herzens zur Folge, den Körper ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen; oder dies ist eben nur noch mit erhöhten kardialen Füllungsdrücken möglich. Diese Gemeinsamkeit erklärt Atemnot, zuerst bei körperlicher Belastung, später auch in Ruhe sowie verringerte körperliche Leistungsfähigkeit als wichtigste Leitsymptome.
Die Herzinsuffizienz ist häufig, vor allem bei älteren Menschen. Insgesamt leiden in Europa ca. 15 Millionen Patienten daran. Die Prävalenz ist steigend und liegt bei ca. 10–20% bei den 70 bis 80-Jährigen. Die Herzinsuffizienz hat eine sehr hohe Morbidität und Mortalität, zudem ist sie aufgrund von rezidivierenden Hospitalisationen auch sehr teuer.
Wie bei den meisten chronischen Erkrankungen sind es auch bei der Herzinsuffizienz nicht technisch aufwendige und teure Einzelmassnahmen, sondern viele kleine, aber gut abgestimmte Diagnostik- und Therapieschritte, welche langfristig den grössten Beitrag zur erfolgreichen Therapie leisten. Hierzu braucht es eine enge Kooperation von Hausärzten, Internisten und Kardiologen.

Ambulante Medizin

Die ambulante Medizin hat eine zentrale Rolle in der Diagnose und Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz. Die Tatsache, dass einige Entitäten wie der kardiogene Schock oder das Lungenödem eine sofortige Hospitalisation erfordern, darf nicht den Blick darauf verstellen, dass sich die meisten Patienten mit weniger schweren Formen der Herzinsuffizienz präsentieren und daher oft gute Kandidaten für ein komplettes Out-Patienten-Management sind. Unabhängig von dem Schweregrad der initialen Manifestation wird bei fast allen Patienten relativ schnell eine stabile Phase erreicht, welche zeitlich betrachtet über 90% des gesamten Krankheitsverlaufs ausmacht (Abb. 1) und in der Regel komplett durch die Ärzte in der ambulanten Medizin betreut wird.
Die Bedeutung der stabilen Phase und damit der ambulanten Medizin ist auch deshalb so gross, weil alle Interventionen, welche in grossen randomisierten Studien bewiesen haben, dass sie die Mortalität der Herzinsuffizienz reduzieren, in dieser stabilen Phase angewendet werden. Nun ein paar wichtige Details zu Diagnostik und Therapie:

Diagnostik

Die Diagnostik der akuten dekompensierten Herzinsuffizienz kann in drei Aspekte gegliedert werden:
- Diagnose der Herzinsuffizienz
- Diagnose der zugrundeliegenden Herzerkrankung (z.B. Aortenstenose)
- Erkennung des aktuellen Auslösers für die Dekompensation

Diagnose der Herzinsuffizienz
Wesentliche Neuerungen haben es ermöglicht, dass die Diagnose der Herzinsuffizienz in der Regel autonom durch den Arzt in der Grundversorgung erfolgen kann. Sie basiert auf Initialbeurteilung, Anamnese, Status sowie drei einfachen Zusatzuntersuchungen.
Atemnot, Gewichtszunahme, geschwollene Beine, Nykturie und Müdigkeit sind die wichtigsten Symptome, Unterschenkel- und Knöchelödeme, Halsvenenstau oder positiver hepatojugulärer Reflux und basale endinspiratorische Rasselgeräusche die wichtigsten klinischen Zeichen. Das 12-Kanal-EKG, Röntgen-Thorax und die Messung eines natriuretischen Peptids (BNP, NT-proBNP oder MR-proANP, alle drei sind prinzipiell gleichwertig) sind drei einfache Zusatzuntersuchungen, welche die diagnostische Genauigkeit der rein klinischen Beurteilung signifikant erhöhen und daher zum Standard gehören (Abb. 2). Natriuretische Peptide sind quantitative Herzinsuffizienzmarker, welche für die Diagnose und zur Abschätzung des Schweregrades der Herzinsuffizienz hilfreich sind.

Diagnose der zugrundeliegenden Herzerkrankung
Sobald die Anwesenheit von Herzinsuffizienz festgestellt ist, sollte mit Hilfe von Anamnese, Status – insbesondere der gründlichen Auskultation (Aortenstenose??) –, Doppler-Echokardiographie sowie der Messung von TSH und Ferritin die zugrundeliegende Herzerkrankung weiter geklärt werden (Tab. 1). Dies ist obligat, um die Formen der Herzinsuffizienz zu erkennen, für die eine kausale Therapie besteht. Beispiele hierfür sind der Aortenklappenersatz bei Aortenstenose, koronare Revaskularisation bei koronarer Herzerkrankung und Substitution von Schilddrüsenhormonen bei Hypothyreose.

Erkennung des aktuellen Auslösers für die Dekompensation
Andere Untersuchungen müssen den Auslöser der aktuellen Dekompensation identifizieren (Abb. 3). Dies zielt wieder darauf ab, zusätzliche kausale Therapieansätze zu finden, wie z.B. schlecht eingestellte arterielle Hypertonie, systemischer Infekt, tachykardes Vorhofflimmern, akutes Koronarsyndrom, Malcompliance mit der Medikation oder Lungenarterienembolie.

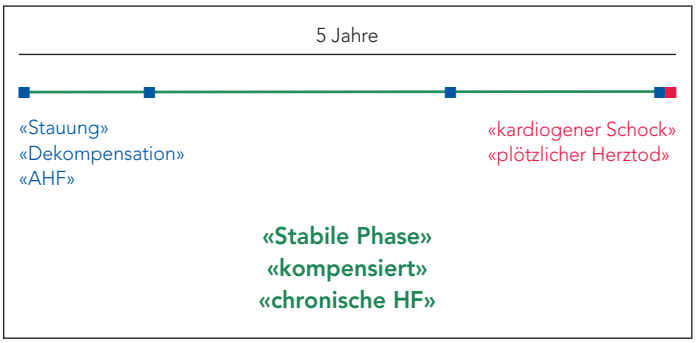

Abbildung 1
Unterschiedliche Phasen der Herzinsuffizienz und deren zeitliche Ausdehnung an einem typischen Beispiel. Die stabile oder kompensierte Phase macht in aller Regel über 90% der gesamten Krankheitsdauer aus.

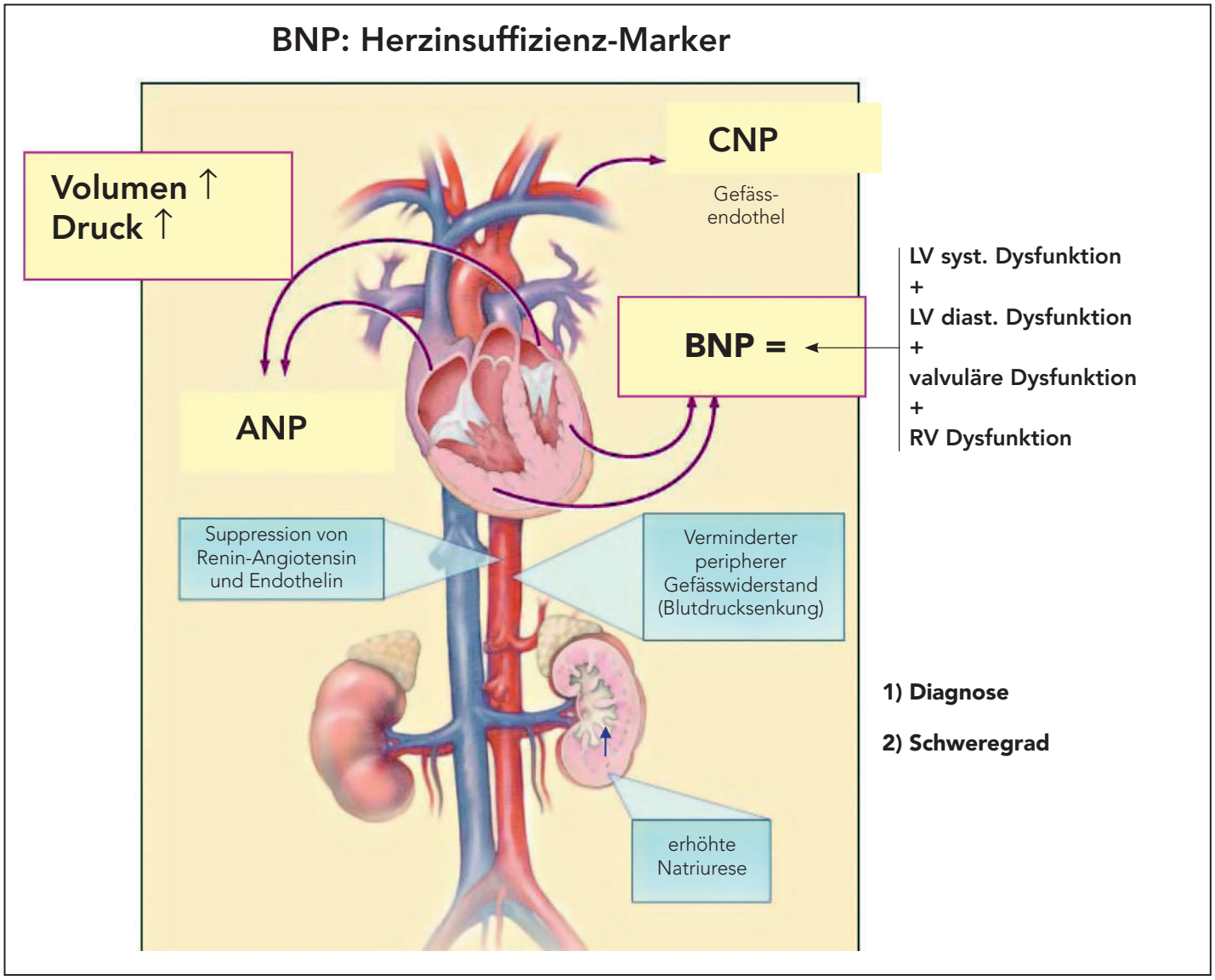

Abbildung 2
BNP und NT-proBNP sind quantitative Herzinsuffizienzmarker. Grundversorgern stehen die natriuretischen Peptide als schnelle, einfache und kostengünstige Diagnostikhilfen sowohl als Schnelltest in der eigenen Praxis als auch via Zentrallaboratorien zur Verfügung. (Nach: Maisel A, Mueller C, et al. Eur J Heart Fail. 2008;10:824–39.)

Therapie

Initial-Management: Bei Hinweisen auf einen kardiogenen Schock (systolischer Blutdruck unter 90 mm Hg, Sinustachykardie, kalte Extremitäten durch periphere Vasokonstriktion), Herzrhythmusstörungen, Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom und respiratorische Insuffizienz wie Atemnot in Ruhe oder eine Atemfrequenz über 20/min bedarf der Patient der sofortigen Spitaleinweisung mit der Sanität. Bei Fehlen dieser Hochrisiko-Merkmale ergibt sich die Option für ein rein ambulantes Management und die direkte Initiierung von Schleifendiuretika, Nitraten und ggf. niedrig dosiert Spironolacton (Aldactone®) (Abb. 4).

Die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz beruht im Wesentlichen auf zwei Säulen: erstens der symptomatischen (die Atemnot bessernden) Therapie mit Diuretika und Nitraten; zweitens der langfristigen Therapie mit ACE-Hemmern, Aldosteronantagonisten und Betablockern mit dem Ziel, den Krankheitsver-

Tabelle 1
Einer Herzinsuffizienz können unterschiedliche Kardiopathien zugrunde liegen.

Auslöser:
Malcompliance für Medikamente +/– Salz/Wasser-Zufuhr
Co-Medikation (NSAR, Glitazone, Sotalol (Sotalex®)
Hypertensive Entgleisung
Systemischer Infekt
Akuter Myokardinfarkt, Ischämie
Rhythmusstörung (meist Vorhofflimmern)
Lungenembolie
Neues Klappenvitium
Anämie
Hypo-/Hyperthyreose

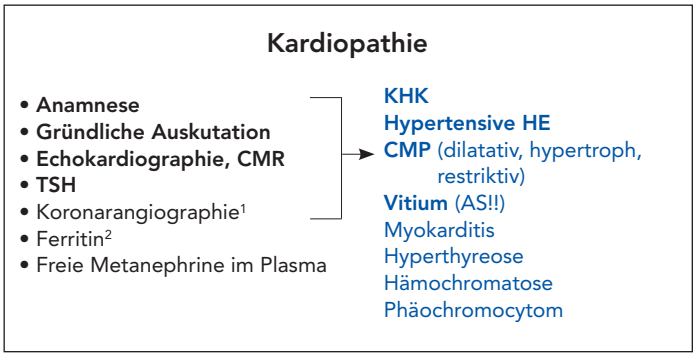

Abbildung 3
Mögliche Trigger einer akuten Dekompensation.

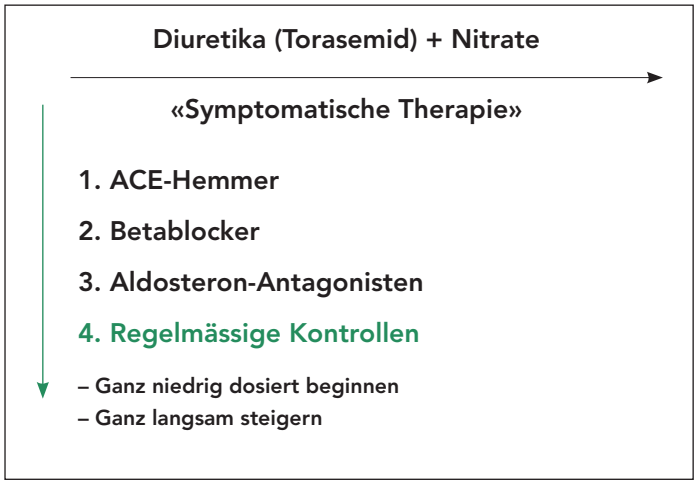

Abbildung 4
Die symptomatische Therapie mit Schleifendiuretika und Nitraten wird ergänzt durch die drei Medikamente, welche langfristig die Mortalität der Herzinsuffizienz reduzieren.

lauf günstig zu beeinflussen. Diese Medikamente haben bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz, also einer eingeschränkten Kontraktion des linken Ventrikels, in grossen Studien bewiesen, dass sie Morbidität und Mortalität reduzieren. Sie sind daher ein absolutes Muss in der Behandlung. Sie sollten aber im klinischen Alltag genauso eingesetzt werden wie in den positiven Studien: Beginn mit einer sehr kleinen Dosis, ganz langsame, aber beharrliche Dosissteigerung und regelmässige Kontrolle der Elektrolyte und der Nierenfunktion. Dies hilft sicherzustellen, möglichst viel Nutzen mit möglichst wenig Nebenwirkungen zu erreichen. Eine Kernaufgabe der ambulanten Medizin ist es, den Patienten immer wieder über die Bedeutung dieser lebensverlängernden Therapie zu informieren, in vielen kleinen Schritten die Dosierung weiter auszubauen und die Kontrollabstände vor allem initial sehr eng zu wählen. Wie bei vielen anderen chronischen Krankheiten erbringt auch bei der Herzinsuffizienz eine möglichst aktive Einbindung des Patienten in alle Management-Entscheide die Möglichkeit zur Erhöhung der Compliance.

Neben ihrer Bedeutung in der Diagnostik scheint die regelmässige Bestimmung der natriuretischen Peptide (BNP, NT-proBNP) auch einen wichtigen Beitrag zum Therapiemonitoring leisten zu können.

Für Patienten mit Herzinsuffizienz und erhaltener systolischer Funktion des linken Ventrikels steht eine gute Einstellung der oft vorhandenen arteriellen Hypertonie im Vordergrund. Die prognostische Bedeutung von ACE-Hemmern, Betablockern sowie Aldosteronantagonisten ist unklar und zum Teil Gegenstand laufender Studien.

Ausgewählte Patienten (schwer eingeschränkte linksventrikuläre Auswurffraktion, Linksschenkelblock) profitieren von der Implantation eines Defibrillators bzw. einer Resynchronisationstherapie.

Zusammenfassend möchte ich nochmals die elementare Rolle der ambulanten Medizin in der erfolgreichen Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz herausstellen, beispielhaft an der frühzeitigen korrekten Diagnosestellung und der hartnäckigen Austitrierung der lebensverlängernden Medikamente.

Korrespondenz:
Prof. Dr. Christian Müller
Kardiologie
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
4031 Basel
chmueller[at]uhbs.ch