

HERZINSUFFIZIENZ

Fortschritt in der Herzinsuffizienz-Therapie

Die kombinierte Inhibition von Angiotensin-II und Neprilysin könnte zum Meilenstein in der Herzinsuffizienz-Therapie werden. Die PARADIGM-HF-Studie, in der die neue Substanz LCZ696 (eine Kombination des Angiotensin-II-Inhibitors Valsartan und des Neprilysin-Inhibitors Sacubitril, 200 mg zweimal täglich) mit dem ACE-Hemmer Enalapril (10 mg zweimal täglich) verglichen wurde, ist wegen des klaren Vorteils von LCZ696 vorzeitig nach im Median 27 Monaten abgebrochen worden. Insgesamt nahmen über 8.400 Patienten mit einer Herzinsuffizienz NYHA II-IV, einer Ejektionsfraktion $\leq 40\%$ und erhöhten BNP-Werten an der Studie teil. Sie erhielten bereits die Standardtherapie und wurden nun anstelle ihres bisherigen ACE-Hemmers oder Angiotensin-II-Inhibitors mit LCZ696 oder dem ACE-Hemmer Enalapril behandelt. In der LCZ696-Gruppe war die Häufigkeit eines kardiovaskulären Todes oder einer Klinikeinweisung wegen Herzinsuffizienz um 20 % geringer als in der Vergleichsgruppe (22 % versus 26,5 %, $p < 0,001$). Auch die Lebensqualität wurde signifikant verbessert. Patienten unter LCZ696 hatten häufiger Hypotonie und leichte Angioödeme, aber seltener Verschlechterungen der Nierenfunktion, Hyperkaliämie und Husten als unter Enalapril. Vor über zehn Jahren hatten Herzinsuffizienz-Patienten, die zur Hemmung der Enzyme ACE, Neprilysin und Aminopeptidase P mit Omapatrilat behandelt wurden, zum Teil lebensbedrohliche Angioödeme entwickelt. Der neue Ansatz scheint hingegen sicher zu sein.

QUELLE

- McMurray J et al.: Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. N Engl J Med 2014; 371: 993-1004

STABILE KHK

Rückschlag für Ivabradin in der KHK-Therapie

Die SIGNIFY-Studie bei über 19.000 Patienten mit stabiler KHK ohne Zeichen einer Herzinsuffizienz und einer Herzfrequenz $> 70/\text{min}$ zeigt enttäuschende Ergebnisse für den i_f -Kanal-Blocker Ivabradin. In der Gesamtgruppe hatte Ivabradin (bis 10 mg zweimal täglich, Zielherzfrequenz 55-60/min) im Vergleich zu Placebo keinen Einfluss auf den kombinierten Endpunkt kardialer Tod oder nicht-tödlicher Herzinfarkt. In einer Subgruppe von 12.000 Patienten mit besonders schwerer Angina pectoris und einer CCS-Klasse ≥ 2 (CCS-Klasse 2: geringe Beschwerden bei normaler körperlicher Aktivität) war die Ereignisrate sogar signifikant um 18 % erhöht. Der Hersteller hat bereits darauf hingewiesen, in der Erhaltungsdosis nicht mehr als 7,5 mg zweimal täglich einzusetzen und die Herzfrequenz in Ruhe nicht zu tief zu senken. Die Studiendaten werden zurzeit von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) weiter geprüft.

QUELLE

- Fox K et al.: Ivabradine in Stable Coronary Artery Disease without Clinical Heart Failure. NEJM 2014, published online August 31

Angiotensin-II/
Neprilysin-Hemmer
senkte kardiale
Mortalität um 20 %



IHR PLUS IM NETZ
Volltext online

Ruheherzfrequenz
sollte nicht zu tief
gesenkt werden



IHR PLUS IM NETZ
Volltext online