

der Patienten innerhalb von 21 Monaten, $p < 0,001$, NNT pro Jahr: 19 Patienten). Das Todesrisiko, egal ob insgesamt oder aufgrund kardiovaskulärer Ursachen, sank relativ um 24% und absolut um 3% bzw. 2,7%. Die NNT für die Verhinderung eines Todesfalles lag bei 51 pro Jahr. Das Risiko für Klinikeinweisungen sank um relativ 23%.

Zu Therapieabbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen kam es bei 13,8% der

Patienten unter Verum und 16,2% der Patienten unter Placebo. Hyperkaliämien (über 5,5 mmol/l) traten bei 8% vs. 3,7% der Patienten auf, Hypokaliämien bei 1,2% vs. 2,2%. Es gab keine Unterschiede bei Therapieabbruch oder Krankenhauseinweisungen aufgrund von Elektrolytstörungen oder Nierenfunktionsstörungen.

Fazit der Studienautoren um F. Zannad und B. Pitt: Auch bei leichteren

Formen der systolischen Herzinsuffizienz wird Eplerenon gut vertragen, verbessert die Überlebenschancen und verhindert Klinikeinweisungen. Zusammen mit den beiden früheren Studien EPHEsus und RALES, die Aldosteronblocker bei Herzinsuffizienz untersuchten, spricht die Datenlage nun dafür, bei Herzschwäche auf diese Medikamente nicht mehr zu verzichten.

DE ■

Professor Bertram Pitt zur Herzinsuffizienztherapie nach EMPHASIS

„Deutliche Prognoseverbesserung“

Prof. Pitt von der University of Michigan School of Medicine, Ann Arbor, war als Chairman oder Co-Chairman an allen drei großen Studien mit Aldosteronantagonisten bei Herzschwäche (RALES, EPHEsus, EMPHASIS) beteiligt. Wir sprachen mit ihm über praktische Konsequenzen.

MMW: Was ist die Botschaft für den Hausarzt aus der EMPHASIS-Studie?

Pitt: Hausärzte sollten wissen, dass der Aldosteronblocker nicht nur bei schweren, sondern auch bei leichteren Formen der systolischen Herzinsuffizienz wirksam ist. Der Arzt sollte die Nierenfunktion und den Kaliumwert kontrollieren. Wenn er dies tut, dann profitiert der Patient mit einer deutlichen Prognoseverbesserung: Das Sterberisiko sinkt, und ebenso das Risiko einer Krankenhauseinweisung.

MMW: Welche Erkenntnisse bringt die EMPHASIS-Studie mit Eplerenon zusätzlich zu jenen aus der RALES-Studie mit Spironolacton?

Pitt: In RALES wurden Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz (NYHA III bis IV) untersucht, in EMPHASIS Patienten mit leichter Herzinsuffizienz (NYHA II). Die Patienten in EMPHASIS waren also deutlich weniger krank, erkennbar an der erheblich geringeren Mortalität im Placeboarm. Auch wurden die Patienten in EMPHASIS deutlich besser behandelt als in RALES vor 15 Jahren: Sie hatten fast alle einen Beta-blocker, zu Zeiten von RALES wurden Beta-

blocker bei Herzschwäche kaum eingesetzt. Trotz der besseren Therapie und der weniger fortgeschrittenen Stadien verbesserte Eplerenon die Prognose in EMPHASIS.

MMW: Wie wird die EMPHASIS-Studie die Therapie der Herzinsuffizienz verändern?

Pitt: Ich denke, dass alle Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz zusätzlich zu ACE-Hemmer und Betablocker einen Aldosteronblocker erhalten sollten – mit drei Ausnahmen: Niereninsuffiziente mit einer GFR unter 30 ml/min/1,73m², Patienten mit einem Serumkalium über 5 mmol/l und Patienten, die nicht überwacht werden können.

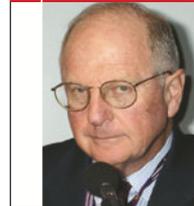
MMW: Wie viel mehr Patienten sind das als heute?

Pitt: Derzeit erhalten nur etwa 30–40% aller Herzinsuffizienzpatienten alle drei prognostisch relevanten Medikamente ACE-Hemmer, Betablocker und Aldosteronblocker. Mehr als doppelt so viele sollten sie erhalten. Wenn wir den Aldosteronblocker häufiger einsetzen, besteht die Möglichkeit, die Morbidität und Mortalität der Herzinsuffizienz deutlich zu reduzieren. Wenn ich systolische Herzinsuffizienz hätte, würde ich mit allen drei Medikamenten behandelt werden wollen.

MMW: Die Kosten eines Medikaments spielen heute eine immer größere Rolle. Gibt es Argumente, Eplerenon anstatt Spironolacton zu verordnen?

Pitt: Spironolacton ist ein gutes Medikament, aber es hat einige Nachteile gegen-

NACHGEFRAGT



Prof. Bertram Pitt

„Mit dem Aldosteronblocker können wir Morbidität und Mortalität der Herzinsuffizienz deutlich reduzieren.“

über Eplerenon. Spironolacton hat eine viel längere Halbwertszeit. Wenn unter Therapie das Kalium ansteigt, ist es unter Spironolacton viel schwieriger, das Problem in den Griff zu bekommen. Außerdem wird Spironolacton schlechter vertragen, Männer können eine Gynäkomastie, Brustschmerzen und Impotenz, Frauen vor der Menopause Blutungsunregelmäßigkeiten erleiden. Kürzlich berichtete eine japanische Autorengruppe die Ergebnisse einer Studie mit Diabetikern, in der Spironolacton im Gegensatz zu Eplerenon die HbA_{1c}- und die Serumkortisolwerte erhöhte und den Adiponectin-Wert erniedrigte. Wenn sich das bewahrheitet, hätten wir einen Hinweis auf ein diabetogenes Potential von Spironolacton.

Deshalb ist vor allem bei Männern und bei Diabetikern Eplerenon zu bevorzugen. Wenn ich aber Eplerenon nicht verfügbar habe, würde ich Spironolacton einsetzen, das ist immer noch viel besser als keine Behandlung. Letztlich ist der Preis in den USA kein Argument mehr, weil es bereits generisch ist, und in Europa wird das Patent sicher auch in einigen Jahren auslaufen.

INTERVIEW: DR. MED. DIRK EINECKE ■