

Diuretikatherapie bei dekompensierter Herzinsuffizienz

r -- Felker GM, Lee KL, Bull DA et al. Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. N Engl J Med 2011 (3.März); 364: 797-805

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

Obwohl die parenterale Diuretikatherapie bei der dekompensierten Herzinsuffizienz seit langem Therapiestandard ist, gibt es nur spärliche Daten zu deren genauer Anwendung. Im Rahmen dieser Doppelblindstudie wurden 308 wegen dekompensierter Herzinsuffizienz hospitalisierte Personen (mittleres Alter 66 Jahre, 27% Frauen, alle mit hochdosierten Diuretika vorbehandelt) nach dem Zufall einer der folgenden vier Behandlungsgruppen zugeteilt: Furosemid (Lasix® u.a.) entweder niedrig dosiert (bisherige orale Tagesdosis von Furosemid oder Äquivalenten) oder hoch dosiert (2,5 mal die bisherige Dosis); die so bestimmte Tagesdosis wurde entweder in zwei Bolusinjektionen zusammen mit einer Placeboinfusion oder als Infusion über 24 Stunden zusammen mit Placeboinjektionen verabreicht. Die Studie dauerte insgesamt 72 Stunden, nach 48 Stunden durften die Behandelnden je nach Verlauf die Dosis um 50% erhöhen, die Therapie unverändert weiterführen oder bereits auf orale Diuretika wechseln.

Zwischen Bolusinjektionen und Infusion ergab sich weder im Symptomverlauf noch bezüglich Anstieg des Serumkreatinins nach 72 Stunden (primäre Endpunkte hinsichtlich Wirksamkeit bzw. Sicherheit) ein Unterschied. Mit der höheren Furosemid-Dosierung konnten nach 48 Stunden mehr Kranke auf orale Behandlung umgestellt werden und weniger benötigten eine Dosiserhöhung. Die Dyspnoe nahm etwas schneller ab, und im Verlauf traten weniger unerwünschte Ereignisse auf (38 gegenüber 50%); dafür stieg häufiger das Serumkreatinin kurzfristig an. Doch auch für diesen Vergleich waren die Unterschiede zwischen den primären Endpunkten statistisch nicht signifikant. Die Hospitalisationsdauer und die Raten von Todesfällen, Rehospitalisationen oder Konsultationen auf einer Notfallstation über die nächsten 60 Tage waren in allen Gruppen gleich.

Trotz allen anderen evidenzbasierten Therapien bleiben die Diuretika bei der Therapie der akut dekompensierten Herzinsuffizienz entscheidend, insbesondere zur raschen Behebung der pulmonalen Stauungssymptome. Die vorliegende Studie bestätigt, dass es eine Glaubensfrage ist, ob die Diuretika bolusweise oder als Dauerinfusion verabreicht werden. Wir lernen daraus auch, dass initial höhere Dosen kleine Vorteile bringen und dass ein kurzzeitiger Kreatininanstieg unter Diuretika nicht schadet. Entscheidend für die Prognose ist die Optimierung der Langzeitbehandlung, um weitere Dekompensationen zu vermeiden; dies allerdings ist nicht mehr die Domäne der Diuretika und auch nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Zusammengefasst von Markus Häusermann