

AMB 1999, 33, 5a

Ambulanter Beginn einer ACE-Hemmer-Therapie bei Patienten mit Herzinsuffizienz hat kaum Nebenwirkungen

Viele klinische Studien haben gezeigt, daß die chronische Gabe von ACE-Hemmern bei Patienten mit Linksherzinsuffizienz die Letalität senkt. Trotzdem erhalten weniger als 50% solcher Patienten, die von Allgemeinärzten behandelt werden, ein Medikament dieser Gruppe. Meist wird die ACE-Hemmer-Therapie im Krankenhaus begonnen, aber auch dann nicht immer ambulant fortgesetzt. Hauptgrund, ACE-Hemmer nicht zu verordnen, scheint die Furcht vor Nebenwirkungen zu sein. Insbesondere die vermeintliche Gefahr einer Hypotension und eines Kreatinin-Anstiegs scheint niedergelassene Ärzte von einem ambulanten Therapiebeginn abzuhalten. Aus diesem Grund führten M. Lough et al., Allgemeinärzte in Schottland, eine Studie durch, in der sie bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Herzinsuffizienz, die bereits Diuretika erhielten, einen Therapiebeginn mit Quinapril vs. Plazebo unter Praxisbedingungen untersuchten (Brit. Med. J. 1998, **317**, 1352). Ausschlusskriterien waren Alter über 80 Jahre, eine Furosemid-Dosis > 100 mg/d, ein systolischer Blutdruck < 100 mmHg, ein Serumkreatinin > 250 µmol/l und ein Serum-Natrium < 135 mmol/l. Nicht alle Patienten waren echokardiographisch untersucht worden. Bei den meisten Patienten war jedoch das Atriale Natriuretische Hormon (ANH) erhöht, was typisch ist für Patienten mit Linksherzinsuffizienz. Insgesamt wurden 178 Patienten randomisiert, von denen 96 initial Plazebo erhielten. Am ersten Tag erhielten die Patienten 5 mg Quinapril oder Plazebo. Der Blutdruck wurde danach 3 Stunden lang in der Praxis kontrolliert. Die Quinapril- bzw. Plazebo-Dosis wurde an den folgenden 3 Tagen auf 20 mg/d hochtitriert, es sei denn, die Dosis wurde nicht toleriert (z.B. arterielle Hypotension). Nach einer Woche wurden die Patienten nachuntersucht; ohne daß der Randomisierungs-Code gebrochen wurde, erhielten von nun an alle Patienten 5 mg Quinapril/d, eine Dosis, die erneut auf 20 mg hochtitriert wurde.

Innerhalb von 24 Stunden nach Beginn mit Quinapril gab es keine unerwünschten Wirkungen. Der Blutdruck fiel in der Quinapril-Gruppe auf einen Nadir von 133/78 mmHg, in der Plazebo-Gruppe auf 138/82 mmHg. 11 Patienten (13,4%), die Quinapril und 5 Patienten (5,2%), die Plazebo erhielten, hatten später einen asymptotischen Abfall des systolischen Drucks um mehr als 20 mmHg oder auf <

90 mmHg. Das Serum-Kreatinin vor und nach Quinapril-Behandlung war nicht unterschiedlich.

Dies ist offenbar die erste plazebokontrollierte Studie über die Sicherheit des ambulanten Beginns einer ACE-Hemmer-Therapie bei niedergelassenen Ärzten. Obwohl die Patientenzahl relativ klein ist, zeigt die Untersuchung, daß bei dreistündiger Blutdruckmessung in der Praxis nach der ersten Dosis und bei sorgfältigem Monitoring der Patienten in der Phase der Dosissteigerung Nebenwirkungen selten sind. Falls die Patienten ein Gerät zur Selbstmessung des Blutdrucks haben, sollte die Überwachung noch effektiver sein. Diese Studie sagt selbstverständlich über die Wirksamkeit einer ACE-Hemmer-Therapie bei Herzinsuffizienz nichts aus, kann niedergelassene Ärzte jedoch ermutigen, auch unter ambulanten Bedingungen eine solche Therapie zu beginnen, wenn sie für indiziert gehalten wird.

Fazit: Bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Herzinsuffizienz ist der ambulante Beginn einer ACE-Hemmer-Therapie mit geringen Risiken behaftet, sofern die Patienten am Tag der ersten Dosis und in der frühen Phase der Dosis-Erhöhung sorgfältig überwacht werden.