

Candesartan bei Herzinsuffizienz

r -- Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. Lancet 2003 (6. September); 362: 759-66

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Michel Zuber

Die CHARM-Studien im Überblick

In die drei Studien des CHARM-Programms wurden insgesamt 7'601 Personen mit einer chronischen Herzinsuffizienz der NYHA-Klassen II-IV aufgenommen. Die Hälfte dieser Personen wurde mit Candesartan (Atacand®, Blopess®; Zioldosis 32 mg/Tag), die andere Hälfte mit einem Placebo behandelt. Daneben war eine Behandlung mit Diuretika, Betablockern und Digitalis (in einzelnen Studien auch mit ACE-Hemmern) erlaubt. Nimmt man alle drei - weiter unten genauer beschriebenen - Studien zusammen, so war im Zeitraum von median 38 Monaten die Gesamtmortalität unter Candesartan 23% und unter Placebo knapp nichtsignifikant höher (25%). In Bezug auf kardiovaskuläre Todesfälle und auf Hospitalisationen infolge der Herzinsuffizienz lässt sich ein signifikanter Vorteil von Candesartan errechnen. Die Wirkung war bei Frauen und Männern sowie bei älteren und jüngeren Personen ähnlich. Candesartan verursachte häufiger als Placebo Nebenwirkungen (Hyperkaliämie, Kreatininanstieg, Hypotonie), die zum Therapieabbruch führten (21% gegenüber 17%).

Zusammengefasst von Bettina Wortmann

Die medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz ist mit der Zunahme der Prävalenz und den Folgekosten dieser Erkrankung in unserer nahen Zukunft eine Herausforderung für die Gesellschaft. Dabei ist die Blockierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems durch ACE-Hemmer, die Aldosteronblockade durch Eplerenon nebst der Betablockierung zur Verbesserung der Prognose Hauptpfeiler dieser Therapie und bereits in der Klinik etabliert. Die vorliegende CHARM-Studie liefert nun die wichtige Evidenz, dass bei Herzinsuffizienz mit einem Angiotensin-Rezeptor-Blocker anstelle von ACE-Hemmern Mortalität und Morbidität ähnlich stark gesenkt, aber auch ein additiver Effekt zur ACE-Hemmer-Therapie und, entgegen einer früheren Publikation, zur Betablockierung erzielt werden kann.¹ Dass in einem Studienarm auch noch ein erster Ansatz für eine wirksame Therapie der Kranken mit Herzinsuffizienz und normaler systolischer Funktion (diastolische Herzinsuffizienz) durch ein Sartan bewiesen werden konnte, ist erfreulich und klinisch wichtig, da diese Gruppe einen grossen Teil der Herzinsuffizienzkranken ausmacht. Es bleibt zu hoffen, dass die Notwendigkeit der zunehmenden Polytherapie einer lege-artis-Behandlung bei PatientInnen mit einer Herzinsuffizienz in der Grundversorgung verstanden und umgesetzt werden kann. Die Datenlage zur Etablierung einer solchen prognostisch wirksamen Behandlung, nebst einer Symptom-orientierten Therapie, wird jedenfalls immer erdrückender.

Michel Zuber

1 Cohn JN, Tognoni G; Valsartan Heart Failure Trial Investigators. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. N Engl J Med 2001 (6. Dezember); 345: 1667-75