

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Kongressbericht: Management der stabilen KHK

Leitner H

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2015; 22
(7-8), 202-203

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pacherneegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Kongressbericht: Management der stabilen KHK*

H. Leitner

Optimierte medikamentöse Therapie ist die initiale Strategie bei Patienten mit stabiler Angina pectoris. Trimetazidin (Vastarel®) ist sowohl in der Monotherapie als auch in Kombination mit anderen Therapien der KHK in der Lage, die Häufigkeit von Angina-Attacken zu reduzieren und die Belastungsfähigkeit zu steigern.

Bei der Angina pectoris (AP) kommt es zu einem Missverhältnis von Sauerstoff-Angebot und Sauerstoff-Nachfrage des Herzmuskels. Die Ursachen einer AP können vielfältig sein und reichen von der Stenose im Rahmen einer koronaren Herzkrankheit (KHK) über Koronarspasmen und Embolien bis hin zu linksventrikulärer Hypertrophie, Tachykardie und Aortenstenose. „Bei der stabilen Angina pectoris kommt es über Wochen oder Monate bei immer der gleichen Anstrengung zu Symptomen. Im Gegensatz dazu steht die instabile Angina pectoris mit Crescendo-Symptomatik, die eine sofortige Spitalseinweisung erfordert“, erklärt **Univ.-Prof. Dr. Thomas Stefenelli**, 1. Med. Abt im SMZ-Ost, Donauespital.

Die Diagnostik/Differentialdiagnostik der KHK kann neben Anamnese, Statuserhebung, Ruhe-EKG, Labor und Echokardiographie funktionelle Belastungsuntersuchungen wie Ergometrie, Myokardszintigraphie mit pharmakologischer Belastung und Stressechokardiographie sowie morphologische Untersuchungen wie Koronar-CT oder MR-Angiographie enthalten. Angaben zu Sensitivität und Spezifität der einzelnen Methoden finden sich in den Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) zum Management der stabilen KHK [1].

■ PCI versus medikamentöse Therapie

Das Management der stabilen KHK besteht einerseits aus der Wiederherstellung der Sauerstoffversorgung und damit Beseitigung der Angina-Symptomatik und andererseits aus der Prävention weiterer Ereignisse. Für letzteres sind in erster Linie Lebensstilmaßnahmen und Modifikation der koronaren Risikofaktoren sowie der Einsatz von Aspirin, Statinen, eventuell ACE-Hemmern oder Angiotensinrezeptor-Blockern indiziert [1].

Die Behandlung der anginösen Symptomatik kann medikamentös und/oder mittels perkutaner Koronarintervention (PCI) erfolgen. In der COURAGE-Studie konnte allerdings gezeigt werden, dass die PCI in Kombination mit optimaler medikamentöser Therapie (OMT) bei stabiler KHK keinen Zusatznutzen hinsichtlich der Verhinderung von Tod, Myokardinfarkt sowie anderer kardiovaskulärer Ereignisse gegenüber

alleiniger OMT hat [2]. „Das bedeutet, dass durch die Katheterintervention die Angina pectoris nicht abgeschafft wurde. Auch nach gelungener Revaskularisation bleibt Platz für die medikamentöse Therapie“, sagt **Dr. Friedrich Freihoff**, 5. Med. Abt mit Kardiologie im SMZ Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien.

Laut ESC-Guideline besteht die antianginöse Erstlinientherapie bei stabiler KHK aus der Gabe eines kurzwirksamen Nitrats plus Betablocker oder Kalziumkanal-Blocker, wenn eine Senkung der Herzfrequenz erforderlich ist, oder bei niedriger Herzfrequenz eines Kalziumkanalblockers plus einem Dihydropyridin [1]. In der Zweitlinie kann – entsprechend der Symptomatik, Komorbidität und Komedikation – eine Kombination mit oder Umstellung auf Präparate wie Ivabradin, langwirksame Nitrate, Nicorandil, Ranolazin oder Trimetazidin erfolgen.

■ Trimetazidin bei stabiler Angina pectoris

Trimetazidin hemmt die β -Oxidation von Fettsäuren, indem es die langkettige 3-Ketoacyl-CoA Thiolase blockiert. Dadurch wird die Glukoseoxidation verstärkt. Die Energiegewinnung durch Glukoseoxidation verbraucht in den ischämischen Zellen weniger Sauerstoff als die β -Oxidation. Eine Verstärkung der Glukoseoxidation optimiert die Energieprozesse in den Zellen und erhält dadurch den Energiestoffwechsel während einer Ischämie aufrecht [3]. Vastarel greift nicht in die Regulation von Herzarbeit oder Gefäßtonus ein, weshalb die antiischämische Wirkung ohne Beeinflussung der Hämodynamik erzielt werden kann [3].

Der Vergleich mit anderen, nicht die Herzfrequenz senkenden Antianginosa hat gezeigt, dass Trimetazidin sowohl hinsichtlich der Verbesserung der kardialen Leistungsfähigkeit als auch der Reduktion von Angina-Attacken und des Verbrauchs kurzwirksamer Nitrate ebenbürtig und Placebo signifikant überlegen ist [4]. Darüber hinaus hat eine andere Studie gezeigt, dass Trimetazidin in der Monotherapie die wöchentliche Anzahl an Angina-Attacken ebenso effektiv senkt wie ein Betablocker [5].

Aufgrund seiner additiven und komplementären Wirkung zu anderen Antianginosa und dem Fehlen von Wechselwirkungen ist Trimetazidin ein guter Kombinationspartner [3]. Insbesondere gemeinsam mit einem Betablocker bietet Trimetazidin starke antianginöse Wirksamkeit. So konnte gezeigt werden, dass Trimetazidin plus Betablocker im Vergleich zur Betablocker-Monotherapie eine 77%ige Reduktion der wöchentlichen Angina-Attacken bewirkt [6]. Zudem kommt es unter dieser Kombination im Vergleich zu einer Therapie mit einem Betablocker plus einem Nitrat zusätz-

Quelle: Symposium: Diagnostik und Therapie der stabilen KHK – Update 2015. 24. 6. 2015, Wien.

lich zu einer signifikanten Reduktion der wöchentlichen Angina-Attacken zu einer Versechsfachung der Dauer der Belastungsfähigkeit [7].

„Optimierte medikamentöse Therapie ist die initiale Therapiestrategie bei Patienten mit stabiler Angina pectoris“, so Dr. Freihoff.

Literatur:

1. Montalesco G, et al. on behalf of the Task Force Members, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2013; 34: 2949–3003.

2. Boden WE, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007; 356: 1503–16.

3. Fachinformation Vastarel. Stand: März 2015

4. Danchin N, et al. Efficacy comparison of trimetazidine with therapeutic alternatives in

stable angina pectoris: a network meta-analysis. Cardiology 2011; 120: 59–72.

5. Detry JM, et al. Trimetazidine: a new concept in the treatment of angina. Comparison with propranolol in patients with stable angina. Trimetazidine European Multicenter Study Group. Br J Clin Pharmacol 1994; 37: 279–88.

6. Nesukay E, et al. Treatment of stable angina in Ukraine: CLASSICA study. Ukr J Cardiol 2014; 2: 43–7.

7. Michaelides AP, et al. Antianginal efficacy of the combination of trimetazidine-propranolol compared with isosorbide dinitrate-propranolol in patients with stable angina. Clin Drug Invest 1997; 13: 8–14.

Korrespondenzadresse:

Mag. Harald Leitner

E-Mail: hl@teamword.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung