

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongressbericht: Medikamentöse Therapie bei Angina pectoris: Mehr auf die Symptome achten

Stodulka T

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2016; 23

(7-8), 207

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

Veranstungskalender

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: Medikamentöse Therapie bei Angina pectoris: Mehr auf die Symptome achten*

T. Stodulka

In der Kardiologie und speziell bei der Myokardischämie sollte nicht nur auf die Prognose, sondern auch auf die Symptome geachtet werden. Allerdings ist die Studienlage zur Medikation bei stabiler Angina pectoris eher schlecht, resümiert **Prof. Dr. Samuel Sossalla**, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, beim Lunch-Symposium „KHK 2016 – Room for Improvement?“ beim diesjährigen Kardiologie-Kongress in Salzburg.

Die Beschwerden, die bei Angina pectoris auftreten, sind vielfältig. Meist handelt es sich um einen Brustschmerz oder ein Druckgefühl mit typischem Ausstrahlen in den linken Arm, den Kiefer oder auch den Rücken. Prof. Sossalla: „Die Symptome sind belastungsabhängig und sistieren durch Ruhe oder Einnahme von Nitroglycerin. Durch invasive Therapiemaßnahmen sind Angina pectoris-Beschwerden gut behandelbar.“ Aber Angina pectoris kann auch andere Ursachen haben, wie z. B. Mikrozirkulationsstörungen, erhöhte Wandspannungen, Vasospasmen oder eine endotheliale Dysfunktion.

Prinzipiell sollte man sich bei der medikamentösen Therapie nach den europäischen Leitlinien richten [1]. Diese wurden allerdings schon 2013 erstellt und berücksichtigen daher nicht die neuesten Studien. Zur symptomatischen antiischämischen Therapie werden in erster Linie kurzwirksame Nitrate (Nitroglycerin) eingesetzt – gemeinsam mit Beta-blockern und/oder Kalzium-Antagonisten. Prof. Sossalla: „Mit diesen First-Line-Therapeutika werden Patienten behandelt, bis die Hämodynamik eingestellt ist. Liegen weiterhin Beschwerden vor, gibt es Unverträglichkeiten oder keine ausreichende Wirkung, wird in den Leitlinien die Second-Line-Thera-

pie unter Zugabe von langwirksamen Nitraten, Trimetazidin, Ivabradin, Nicorandil oder Ranolazin empfohlen.“ Die meisten Substanzen sind nicht sehr gut validiert, die Studien sind mangelhaft, teilweise nicht randomisiert und weisen oftmals eine Unschärfe bezüglich Prognose und Symptomatik auf.

Schlechte Datenlage bei der Second-Line-Therapie

Bei den langwirksamen Nitraten gibt es keine Langzeitdaten, die Effekte sind nicht konsistent. Bei Nicorandil findet man eine Menge kleinerer Studien, in denen Nicorandil die Zeit bis zur Ischämie beim KHK-Patienten deutlich verzögert – aber nicht unterschiedlich im Vergleich zu Placebo. Aber das wäre das Entscheidende. In der IONA-Studie wurden > 6000 Patienten untersucht [2]. Prof. Sossalla: „Der primäre Endpunkt – kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt und Hospitalisierung – konnte unter Nicorandil auf 13 % im Vergleich zu 15 % unter Placebo reduziert werden. Es geht aber nicht um die Prognose, sondern um die Symptomkontrolle. Bezüglich Angina pectoris gab es aber keinen Unterschied zwischen Nicorandil und Placebo.“ Auch bei Trimetazidin ist die Datenlage bezüglich Angina pectoris relativ schwach. Es gibt bei beiden Substanzen keine großen Studien, die antianginöse Effekte zeigen.

Ivabradin ist eine interessante Substanz, die die Herzfrequenz reduziert. 2014 wurden endlich Daten zu KHK mit normaler Pumpfunktion veröffentlicht, jedoch waren die Ergebnisse enttäuschend. Beim primären Endpunkt gab es keinen Unterschied [3].

Ranolazin zeigt klaren antianginösen Effekt

Die Symptomkontrolle ist wichtig, und hier hat Ranolazin (Ranexa®) die solideste Evidenzlage: Bei > 10.000 Patienten wurde in großen randomisierten, gut kontrollierten Studien ein klarer, antianginöser Effekt gezeigt – als Mono-

therapie und als Add-on-Therapie. „Die Substanz greift direkt am Herzmuskel an – unabhängig von der Ursache der Ischämie“, so Prof. Sossalla. Zudem ist die Wirkung potent und hält auch über Monate hinweg an. Durch das gute Sicherheitsprofil kann zudem ausgeschlossen werden, dass es zu einer erhöhten Sterblichkeit kommt. Eine Studie an 6500 Patienten beim akuten Koronarsyndrom zeigte keine erhöhte Sterblichkeit [4]. Prof. Sossalla: „Wichtig ist, dass wir speziell bei der Myokardischämie mehr auf die Symptome der Patienten schauen, immer wieder analysieren, ob weiterhin Beschwerden vorliegen, und bei Bedarf die Medikation anpassen. Wir sind es dem Patienten schuldig, auch seine Lebensqualität zu verbessern.“

Video-Interview

Im Video-Interview nehmen Prof. Zweiker, Prof. Graf und Prof. Sossalla detailliert zur Diagnose und Therapie der stabilen KHK und Angina pectoris Stellung:

<https://vimeopro.com/ulldmedia/kardiologie2016>

Literatur:

1. Montalescot G, 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. IONA Study Group. Effect of nicorandil on coronary events in patients with stable angina: the Impact Of Nicorandil in Angina (IONA) randomised trial. Lancet 2002; 359: 1269–75.
3. Fox K, et al. Ivabradine in stable coronary artery disease without clinical heart failure. N Engl J Med 2014; 371: 1091–9.
4. Scirica BM, et al. Effect of ranolazine, an antianginal agent with novel electrophysiological properties, on the incidence of arrhythmias in patients with non ST-segment elevation acute coronary syndrome: results from the Metabolic Efficiency With Ranolazine for Less Ischemia in Non ST-Elevation Acute Coronary Syndrome Thrombolysis in Myocardial Infarction 36 (MERLIN-TIMI 36) randomized controlled trial. Circulation 2007; 116: 1647–52.

Korrespondenzadresse:

Thomas Stodulka

Unlimited Media

E-Mail: stodulka@unlimitedmedia.at

* Quelle: Lunch-Symposium „KHK 2016 – Room for Improvement?“ im Rahmen der Jahrestagung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG), 1.–4. Juni 2016, Salzburg.

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