

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

**Kongressbericht: Stabile KHK:
Genaue Diagnostik und optimale
Medikation erforderlich**

Fisch S

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2017; 24

(5-6), 125-126

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 & Pachernegg 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:

Stabile KHK: Genaue Diagnostik und optimale Medikation erforderlich*

S. Fisch

Mit einer Fallvignette, die den Stellenwert von Ranolazin in der Erhaltungstherapie der KHK eindrucksvoll unterstrich, leitete **Univ.-Prof. Dr. Irene Lang**, stv. Leiterin der Universitätsklinik für Innere Medizin an der MedUni Wien, ein Lunchsymposium im Rahmen des 19. Kardiologiekongresses Innsbruck, der von 2.–4. März 2017 stattfand, ein.

„Die 68-jährige Patientin stellte sich mit einem BMI von 50 und folgenden Begleiterkrankungen bei uns vor“, berichtete sie: „Typ-2-Diabetes, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie und Hypothyreoidismus.“ Anfang des Jahres 2016 musste ein Lungenödem behandelt werden, das invasive Beatmung sowie eine intravenöse Diurese erforderlich machte. Nach erfolgreicher Beatmungsentwöhnung konnte die Patientin auf eine Normalstation verlegt werden. „Während ihres Spitalsaufenthalts kam es zu spontanem Kammerflimmern, das eine kardiopulmonale Reanimation notwendig machte“, so Prof. Dr. Lang. Im weiteren Verlauf war der Krankheitsverlauf stabil, die Patientin wurde konservativ therapiert. Im März 2016 traten multiple, nicht-anhaltende, ventrikuläre Tachykardien auf. „Der Patientin wurde daher ein Einzelkammer-ICD implantiert.“ Nach dem Eingriff wurde sie asymptomatisch und in guter Verfassung entlassen.

„Im Juli 2016 stellte sich die Patientin mit Dyspnoe und Angina pectoris erneut vor“, führte Prof. Dr. Lang den Fallbericht weiter. Daraufhin wurde ihre Medikation optimiert. Sie erhielt folgende Substanzen:

- Bisoprolol 5 mg 1-0-1
- Nicorandil 20 mg 1-0-1
- Nitrolingual Spray
- Amlodipin 5 mg 1-0-0

* Quelle: Lunch-Symposium Menarini: „Management der stabilen KHK: Der Patient im Fokus“, Vorsitz: J. Aichinger, Linz; B. Metzler, Innsbruck im Rahmen des 19. Tiroler Kardiologiekongresses, 2.–4. März 2017, Innsbruck

Im weiteren Verlauf klagte die Patientin über heftige Angina-pectoris-Anfälle, die sie nahezu täglich quälten, häufige Nitratgaben notwendig machten sowie ihre Lebensqualität erheblich einschränken würden. Die Patientin wurde von Amlodipin auf Ranolazin umgestellt. In einer Videoeinspielung berichtete die Patientin, dass sie seit der Umstellung nur noch 2x/Woche ihren Nitrospray brauche und sich ihre Lebensqualität erheblich verbessert habe.

■ Todesursache Nummer 1

„Die Koronare Herzerkrankung ist die Todesursache Nummer 1 in Europa [1]“. Mit diesem Statement eröffnete **Prim. PD Dr. Georg Delle-Karth**, Leiter der 4. Medizinischen Abteilung mit Kardiologie am Krankenhaus Hietzing, seinen Vortrag. In der Gruppe der 60–80-Jährigen sind rund 30 % der Männer und rund 10–15 % der Frauen an KHK erkrankt [2].

Zu den typischen Beschwerden bei KHK zählt die Angina pectoris, die in 2 Formen auftreten kann:

- typische Angina pectoris mit den Charakteristika:
 - substernaler Brustschmerz mit charakteristischer Qualität und Dauer,
 - hervorgerufen durch körperliche Belastung oder emotionalen Stress
 - Besserung innerhalb von Minuten durch Ruhe oder Nitrate,
- atypische Angina pectoris, die nur 2 der oben beschriebenen Charakteristika beinhaltet.

Weltweit sind rund 112 Millionen Menschen von dieser Symptomatik betroffen [3]. Mehr als die Hälfte der Betroffenen berichtet von schweren Einschränkungen der Lebensqualität aufgrund ihrer Herzerkrankung [4].

Als Ziele für eine optimale Therapie der KHK nannte Prof. Dr. Delle-Karth „die Verhinderung von Myokardinfarkten, die

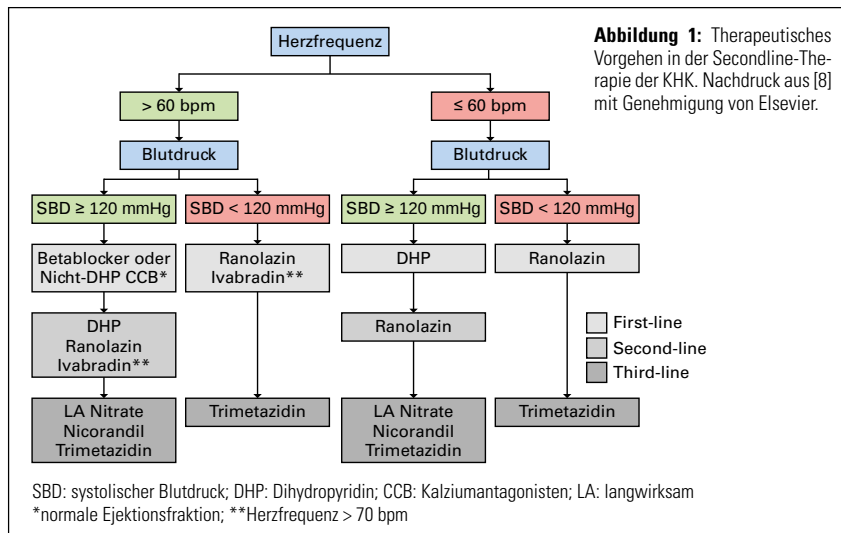
Reduktion der Ischämie, die Verbesserung der AP-Symptomatik sowie allgemein die Besserung der Lebensqualität.“

In der Diagnostik sowie der Prognose der KHK spielen vor allem Art und Anzahl der Koronarläsionen eine wesentliche Rolle. So zeigte etwa eine im *New England Journal of Medicine* 2011 publizierte Arbeit, dass Events vor allem dann auftreten, wenn „Culprit Lesions“ vorhanden sind, wohingegen „Non-Culprit Lesions“ seltener zum akuten Koronarsyndrom führen [5]. Ähnliche Ergebnisse zeigte auch die COURAGE-Studie [6], in der es lediglich in 3 % aller Fälle mit Läsionen < 50 %, aber in 21 % aller Fälle mit Läsionen > 50 % zu kardiovaskulären Ereignissen kam.

Die zentrale Frage der Studie lautete: Ist bei Patientinnen und Patienten mit stabiler KHK eine Kombination aus optimaler Medikation plus interventioneller Therapie einer alleinigen Medikation überlegen? In die Studie wurden 2287 Patienten mit stabiler KHK eingeschlossen, der primäre Endpunkt war kombinierter Tod und Myokardinfarkt. Die medikamentöse Therapie erfolgte mit Aspirin und/oder Clopidogrel, Metoprolol, Amlodipin und Isosorbid-Mononitrat (allein oder in Kombination), Lisinopril oder Losartan, Simvastatin und/oder Ezetimib sowie Niacin und Fibraten. Das Ergebnis zeigte, dass Intervention plus Medikation der alleinigen medikamentösen Therapie der KHK überlegen ist. „Stenting“, so resümierte Prof. Dr. Delle-Karth, „verlängert nicht nur das Leben der Patienten, sondern verbessert auch die Lebensqualität.“ [7].

Ein aktueller Therapeductus von Prof. Antonio Manolis [8] reiht die bestehenden Secondline-Optionen der stabilen KHK vor allem basierend auf vorhandenen Komorbiditäten sowie der Hämodynamik der Patienten (Abb. 1).

Aufgrund des fehlenden Einflusses auf die Hämodynamik, seiner soliden



Datenlage in einer Reihe von unterschiedlichen Patiententypologien (z. B. Patienten, die maximale Basistherapie erhalten, Diabetiker, Patienten mit mikrovaskulärer Störung) und auch seines guten Sicherheitsprofils wird Ranolazin in diesem Schema vor allen anderen Second-Line-Substanzen empfohlen. Das in Österreich häufig verwendete, in vielen europäischen Ländern nicht eingeführte Nicorandil führt bei rund 20 % der Patienten zu Nitratkopfschmerz, der häufig zum Therapieabbruch führt. Auch schmerzhafte Schleimhautulzerationen werden beschrieben. Im Rahmen einer Neubewertung durch die EMA 2015 wurde die Prognoseverbesserung für diese Substanz gestrichen. Bei Trimetazidin vermisst man größere gut kontrollierte prospektive Studien, die vorhandenen Daten setzen sich primär aus retrospektiven Untersuchungen und Meta-Analysen zusammen.

■ Welche Untersuchung bei welchem Patienten?

Welche Patienten welchen Untersuchungsmethoden unterzogen werden sollten, dieser Frage ging **Univ.-Prof. Dr. Robert Zweiker** von der Univ.-Klinik für Innere Medizin, Graz, Abteilung für Kardiologie, in seinem Vortrag nach. „Das Ziel der Abklärung von KHK-Patienten stellt die Identifikation jener Patienten dar, die von einer invasiven Abklärung und/oder Revaskularisation

symptomatisch und/oder prognostisch profitieren, um damit die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern“. Den ersten Schritt zu einer solchen Risikostratifizierung stellt die Einschätzung der Schwere der zugrunde liegenden Atherosklerose dar. Dazu wurden mehrere Scores entwickelt. Vier von ihnen wurden – im Hinblick auf ihre Aussagekraft – in einer 2011 publizierten Studie miteinander verglichen [9].

Im Ergebnis zeigte sich, dass der Framingham-Score und SCORE in der Vorhersage einer KHK gleichwertig sind, während PROCAM und Diamond Forrester schlechter abschnitten. Die Studienautoren kommen zum Schluss, dass der Framingham-Score der sicherste Score zur Risikostratifizierung ist.

Weiters ist für die prognostische Abklärung eine möglichst umfassende Darstellung der Atherosklerose mit Gesamt-Plaquelastung und eine Einschätzung über die Gefährlichkeit der Plaques indiziert.

Zur Abklärung kommen sowohl invasive als auch nicht-invasive Verfahren zum Einsatz. Zu den nicht-invasiven Verfahren zählen Stress-Tests wie Ergometrie (mit der allerdings nur 50 % der KHK-Patienten detektiert werden), Echokardiographie und SPECT. „Immer häufiger kommen auch CT-Untersuchungen zum Einsatz“, so Prof. Dr.

Zweiker. PET und MRI sind weitere Möglichkeiten der Abklärung einer suspekten KHK.

Invasive Verfahren zur Diagnostik sind:

- Koronarangiographie,
- fraktionale Flussreserve (FFR),
- intravaskulärer Ultraschall (IVUS),
- optische Kohärenztomographie (OCT),
- Near infrared Spectroscopy,
- Near infrared Fluorescence [10].

Eine Cardiac-CT-Untersuchung dient vor allem dem Ausschluss einer KHK. „Ist das CT negativ, so kann mit 95–99%iger Wahrscheinlichkeit eine KHK für die nächsten 5 Jahre ausgeschlossen werden“, hielt Prof. Dr. Zweiker fest. „Die Zukunft stellt allerdings die kombinierte CT-FFR sowie das virtuelle Stenting dar. Bei Hochrisikopatienten mit stabiler KHK sind die invasive Untersuchungsmethode der Koronarangiographie ergänzt um FFR, IVUS oder OCT zwingend erforderlich.“

Literatur:

1. Nichols M, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. Eur Heart J 2013; 34: 3028–34.
2. Mozaffarian D, et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2016; 133: e38–360.
3. Vos T, et al. Years lived with disability (YLDs) for 110 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2163–96.
4. Husted SE, Ohman EM. Pharmacological and emerging therapies in the treatment of chronic angina. Lancet 2015; 386: 691–701.
5. Stone GW, et al. A prospective natural-history study of coronary atherosclerosis. N Engl J Med 2011; 364: 226–35.
6. Mancini GB, et al. Angiographic disease progression and residual risk of cardiovascular events while on optimal medical therapy: observations from the COURAGE Trial. Circ Cardiovasc Interv 2011; 4: 545–52.
7. Weintraub WS, et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. N Engl J Med 2008; 359: 677–87.
8. Manolis AJ, et al. Medical treatment of stable angina: A tailored therapeutic approach. Int J Cardiol 2016; 220: 445–53.
9. Versteijlen MO, et al. Comparison of Framingham, PROCAM, SCORE, and Diamond Forrester to predict coronary atherosclerosis and cardiovascular events. J Nucl Cardiol 2011; 18: 904–11.
10. Dweck MR, et al. Imaging of coronary atherosclerosis – evolution towards new treatment strategies. Nat Rev Cardiol 2016; 13: 533–48.

Korrespondenzadresse:

Sabine Fisch

E-Mail: redaktionsbuero@sabinefisch.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](#)