

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongressbericht: Die eine KHK gibt es nicht

Fisch S

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2018; 25
(11-12), 357-358*

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

Die *eine* KHK gibt es nicht!*

S. Fisch

Mancher Patient mit ausgedehnter Myokardischämie bewältigt seinen Alltag relativ ungehindert, während ein anderer, dessen Ischämie-Last deutlich geringer ist, fast täglich mit den Symptomen seiner koronaren Herzerkrankung (KHK) zu kämpfen hat. Ein Symposium des Pharmaunternehmens A. Menarini Pharma beleuchtete, im Rahmen der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kardiologie, die Lebensqualität von KHK-Patientinnen und -Patienten und warf ein Schlaglicht auf die Wichtigkeit der individualisierten Therapie der Betroffenen.

Die KHK ist die häufigste Todesursache in Europa. 20 % aller Männer und 22 % aller Frauen versterben an einer koronaren Herzerkrankung [1]. In der Therapie der KHK geht es vor allem darum, die Lebensqualität zu verbessern sowie Myokardinfarkt und Tod zu verhindern. „Das bedeutet etwa die Reduktion der Ischämie und die Verringerung der Angina-pectoris-(AP-)Symptomatik“, erläuterte **Prim. PD Dr. Georg Delle Karth**, Vorstand der 4. Medizinischen Abteilung mit Kardiologie im Krankenhaus Hietzing, Wien.

Um eine KHK optimal behandeln zu können, müssen das Ausmaß der Ischämie-Last und Symptome genau erfasst werden. „Und das ist mitunter gar nicht so einfach“, hielt Delle Karth fest. „Die KHK ist oft nicht leicht zu fassen.“ Auch bei freien Koronararterien kann der Koronarfluss aufgrund von Mikroarteriopathien („small vessel disease“) eingeschränkt sein. „Eine derartige Dysfunktion führt zu Angina pectoris, die einer Behandlung nur schwer zugänglich ist“, so Delle Karth.

In der COURAGE-Studie, die 2007 im *New England Journal of Medicine* publiziert wurde, wurde nachgewiesen, dass sich die Lebenserwartung nach perkutaner Koronarintervention (PCI)

und Stenting bei stabiler KHK nicht verändert [2]. „Allerdings bessert sich nach Stenting die induzierbare Ischämie und die Lebensqualität“, berichtete Delle Karth.

Bestätigt wurden die Ergebnisse des COURAGE-Trials 2018 als die ORBITA-Studie in *Lancet* publiziert wurde [3]. In ORBITA wurde erstmals verblindet eine PCI mit einer ebenfalls invasiven Scheinintervention verglichen. Dabei konnte kurzfristig (6 Wochen) kein signifikanter Unterschied zwischen echter und Schein-PCI festgestellt werden: Weder Belastbarkeit noch Lebensqualität waren unter PCI besser als unter alleiniger Medikation.

Allerdings zeigte sich in einer Subgruppenanalyse, dass nach PCI signifikant mehr Patienten anginafrei waren als nach der Scheinprozedur. „Zudem haben“, so resümierte PD Dr. Delle Karth die Studie, „85 % aller Patientinnen und Patienten nach der Scheinprozedur und Ende der Verblindung einen Stent erhalten.“

Abschließend präsentierte PD Dr. Delle Karth aus dem Projekt „Lebensqualität von Angina-pectoris-Patienten in Österreich“, in das zwischen September und Dezember 2017 660 Patienten eingeschlossen wurden, eigene Daten zur Lebensqualität von KHK-Patienten. 70 % der Teilnehmer waren männlich, 30 % weiblich. Der Großteil der Teilnehmer der Befragung war > 60 Jahre alt. Die Patienten waren nachgewiesenermaßen an stabiler KHK erkrankt und mussten eines der folgenden Kriterien erfüllen: dokumentierter Herzinfarkt vor > 3 Monaten, durch Angiographie dokumentierte Koronarstenose > 50 %, AP-Symptome mit myokardialer Ischämie im Belastungs-EKG, Stress-Echokardiographie, Bypass-Operation oder invasiver Eingriff vor > 3 Monaten. 43 Patienten kamen aus 4 kardiologischen Ambulanzen in die Studie, 430 aus den Praxen von 46 Internisten und 187 aus 36 allgemeinmedizinischen Ordinationen. Zur Befragung wurde der Seattle Angina Questionnaire herangezogen [4].

Im Ergebnis zeigte sich, dass immerhin 64 % der Befragten über Einschränkungen in der Bewältigung ihres Alltags berichteten. Ebenfalls 64 % gaben an, dass ihre Lebensqualität aufgrund ihrer Erkrankung eingeschränkt sei, 16 % fürchten sich vor Herzinfarkt und Tod. Allerdings zeigen sich fast 90 % der Befragten zufrieden mit ihrer Behandlung. „Wir vermuten allerdings, dass hier ein gewisser Prozentsatz der Patienten ihren behandelnden Arzt nicht kränken will oder glaubt, sie müssten sich mit der Therapie, die sie erhalten, abfinden“, hielt PD Dr. Delle Karth fest, der abschließend vorschlug: „Manchmal sollten wir Ärzte gezielter nachfragen, um die optimale Therapie für unsere Patientinnen und Patienten zu finden.“

Typische Angina-pectoris-Symptomatik

- 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-Symptomatik

- lediglich 2 der oben genannten Symptome sind zu beobachten

In einem zweiten Vortrag stellte **Prim. Dr. Josef Aichinger**, Leiter der 2. Abteilung für Innere Medizin am Elisabethinen-Krankenhaus in Linz, die Therapiemöglichkeiten bei stabiler KHK vor. „Eine wesentliche Voraussetzung für eine individualisierte und treffsichere Behandlung ist die Diagnosesicherung und die Prognoseabschätzung“, berichtete Aichinger. „Die Ergometrie weist in der Diagnosesicherung eine wesentlich geringere Sensitivität (lediglich 50 %) auf als etwa ein Stress-Echo oder ein Koronar-CT.“

Die Revaskularisation (PCI, CABG) verbessert bei sehr kranken KHK-Patienten die Lebensqualität und trägt zu einem längeren Überleben bei.

Hingegen bringt die Revaskularisation bei stabiler KHK und niedrigem Risiko

*Quelle: Satellitensymposium: Lebensqualität bei stabiler KHK – Der Patient im Fokus, im Rahmen der Jahrestagung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft 2018, 8. Juni 2018, Salzburg Congress

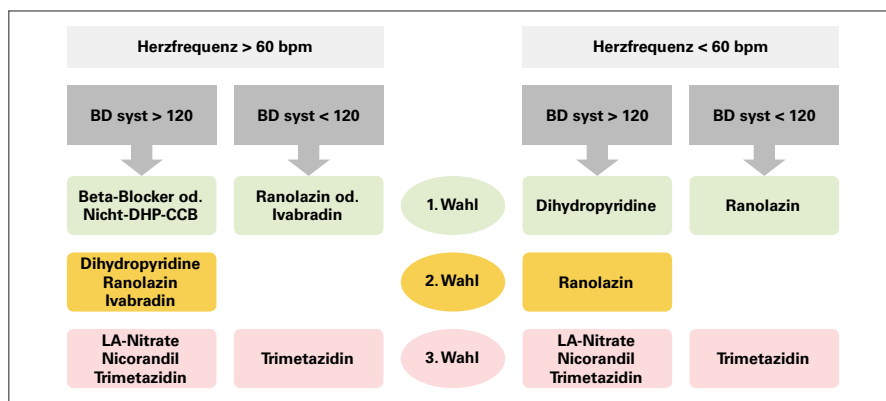


Abbildung 1: Therapiealgorithmus: Maßgeschneiderte Therapie der stabilen Angina pectoris. Mod. nach [9]. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Elsevier. BD: Blutdruck; Nicht-DHP-CCB: Nicht-Dihydropyridin-Kalziumantagonisten; LA-Nitrate: Langwirksame Nitrate

keine Lebensverlängerung. „Dies konnte durch eine ganze Reihe von Studien – vom CASS-Trial [5] bis zur Meta-Analyse von Trikalinos et al. [6] gezeigt werden“, hielt Aichinger fest.

Allerdings gibt es auch in der Gruppe mit stabiler KHK durchaus Indikationen für eine Revaskularisation. Patienten mit relevanter Ischämie und großen ischämischen Defekten im SPECT weisen ein erhöhtes Myokardinfarkt- und Mortalitätsrisiko auf, das durch eine Revaskularisation signifikant reduziert werden kann [7]. „Wenn die (SPECT) PET-Untersuchung mehr als 10 % des Myokards von Ischämie bedroht nachweist, erniedrigt die Revaskularisation signifikant Myokardinfarkt und Mortalität“, resümiert Prim. Dr. Aichinger.

Bei stabiler KHK stehen in erster Linie die Verringerung von Angina pectoris-Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt einer optimalen medikamentösen Therapie. „Zur Prävention unerwünschter Ereignisse sind Lebensstiländerungen, die optimale Kontrolle von Risikofaktoren sowie Patientenschulung angezeigt“, fasste Aichinger zusammen. Zur Kontrolle der vorliegenden Risikofaktoren sollte die Gabe von

- ASS
- Statinen
- ACE-Hemmern oder
- Angiotensin-Rezeptorblockern erwogen werden.

In den ESC-Guidelines 2013 wurden nachstehende Substanzen zur optimalen Therapie der stabilen KHK aufgeführt [8]. Zur Verringerung pektanginöser Beschwerden sind kurzwirksame Nitrate Mittel der ersten Wahl. Dazu können

– je nach Beschwerdebild – Betablocker oder Kalziumantagonisten mit herzfrequenzsenkender Wirkung kombiniert werden. „In Erwägung zu ziehen sind auch Kalziumantagonisten vom Dihydropyridin-Typ, falls die Herzfrequenz niedrig ist oder Intoleranzen auftreten“, sagte Aichinger. Auch die Kombination von Betablockern mit Kalziumantagonisten vom Dihydropyridin-Typ ist – bei Vorliegen einer Angina nach CCS-Score > 2 – möglich.

Zu den Medikamenten zweiter Wahl zählen u. a. Ivabradin sowie Ranolazin [8, 9]. „Für beide Substanzen liegen große Studien vor“, hielt Aichinger in seinem Vortrag fest. Bei maximaler Basistherapie senkt Ranolazin etwa die AP-Beschwerden um 61 % [10]. In der gleichen Studie sank unter Ranolazin der Bedarf an Nitraten um 84 %.

In der MERLIN-TIMI-36-Studie zeigte sich, dass bei Diabetikern, die bereits mindestens ein anti-anginöses Medikament einnahmen, eine deutliche Reduktion von AP-Episoden zu beobachten war [11]. „Dies galt insbesondere für jene, die einen erhöhten HbA_{1c}-Spiegel aufwiesen“, erläuterte Aichinger. „Es kam – zusätzlich zur anti-anginösen Wirkung von Ranolazin – zu einer signifikanten Senkung des HbA_{1c}-Wertes.“ Die Ursache dafür könnte eventuell eine Funktionsverbesserung der Inselzellen im Pankreas durch Ranolazin sein.

Abschließend zeigte sich Prim. Dr. Aichinger davon überzeugt, dass für jeden KHK-Patienten ein individualisiertes Risikoprofil erstellt und eine maßgeschneiderte Therapie verordnet werden sollte (Abb. 1).

Der „kranke“ KHK-Patient

- Klinisches Risikoprofil:
 - Diabetes mellitus
 - Hypertonie
 - Hypercholesterinämie
 - PAVK
 - „New-onset“-KHK
- Ausgedehnte Ischämie: PET-Spect > 12 % des Myokards
- Schwere der Symptome
- „Cross-over-OMT“-Revaskularisation (33–42 %)
- Reduzierte Linksventrikelfunktion
- Koronarmorphologische Kriterien:
 - Hauptstammstenose
 - Mehrgefäßerkrankung
 - „Last remaining vessel“

Literatur:

1. Nichols M, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. Eur Heart J 2013; 34: 3028–34.
2. Boden WE, et al. COURAGE Trial Research Group. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007; 356: 1503–16.
3. Al Lamee R, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2018; 391: 31–40.
4. Spertus JA, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. J Am Coll Cardiol 1995; 25: 333–41.
5. Eaker ED, et al. Comparison of the long-term, postsurgical survival of women and men in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). Am Heart J 1989; 117: 71–81.
6. Trikalinos TA, et al. Percutaneous coronary interventions for non-acute coronary artery disease: a quantitative 20-year synopsis and a network meta-analysis. Lancet 2009; 373: 911–8.
7. Shaw LJ, et al. Optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention to reduce ischemic burden: results from the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation (COURAGE) trial nuclear substudy. Circulation 2008; 117: 1283–91.
8. 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.
9. Manolis AJ, et al. Medical treatment of stable angina: A tailored therapeutic approach. Int J Cardiol 2016; 220: 445–53.
10. Sendón JL, et al. Effects of ranolazine on severe tolerance and angina frequency in patients with exercise chronic angina receiving maximally-tolerated background therapy: analysis from the Combination Assessment of Ranolazine In Stable Angina (CARISA) randomized trial. Eur J Prev Cardiol 2012; 19: 952–9.
11. Morrow DA, et al. Evaluation of the Glycometabolic Effects of Ranolazine in Patients With and Without Diabetes Mellitus in the MERLIN-TIMI 36 Randomized Controlled Trial. Circulation 2009; 119: 2032–9.

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