

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

**Kongressbericht: Angina pectoris
und Ischämie: Mehr als die Spitze
des Eisbergs behandeln!**

Fisch S

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2020; 27

(11-12), 422-423

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

Angina pectoris und Ischämie: Mehr als die Spitze des Eisbergs behandeln!

S. Fisch

Rund 600.000 Menschen in Österreich leiden an einer koronaren Herzerkrankung; 230.000 davon unter stabiler Angina pectoris [1]. Ischämie und Angina pectoris zeigen – so neueste Erkenntnisse vom ESC 2020 [2] – ein multifaktorielles Entstehungsbild. Die Therapiealgorithmen, wie sie etwa in den 2019 aktualisierten ESC-Guidelines zu finden sind, setzen zunehmend auf eine individualisierte Therapie für den einzelnen Patienten, um eine optimale Therapie zu erreichen und Folgeschäden zu vermeiden [5].

„In den vergangenen 40 Jahren sind wir davon ausgegangen, dass die wichtigsten Auslöser für Angina pectoris Obstruktionen in den Herzkranzgefäßen waren“, leitete **Univ.-Prof. Dr. William Boden**, Boston University School of Medicine/Boston, Massachusetts, seinen Vortrag ein. Boden sprach anlässlich eines von Servier veranstalteten Symposiums im Rahmen des ESC 2020 [3]. „Folgerichtig war unser wichtigstes therapeutisches Ziel, diese Obstruktionen chirurgisch, etwa mit perkutaner koronarer Intervention, zu beseitigen.“

Ergebnisse aus randomisierten, kontrollierten Studien, insbesondere der ORBITA-Studie [4], sowie die Empfehlungen von ESC [5] und ACC/AHA [6] zeigen allerdings, dass eine interventionelle Therapie einer optimalen medikamentösen Therapie (OMT) nicht überlegen ist. „Dies gilt auch für Subgruppen, wie etwa Patienten mit Diabetes, Hauptstammstenose oder chronischer KHK“, so Boden. Die einzige Subgruppe, für die lange Zeit keine Aussagen getroffen werden konnten, ist die mittlere bis schwere Angina mit Ischämie zur Baseline. Dies änderte sich allerdings mit dem Ergebnis des ISCHEMIA-Trials [7]. ISCHEMIA untersuchte eine mögliche Überlegenheit einer frühen invasiven Therapie plus OMT versus einer OMT alleine bei Patienten mit stabiler Angina pectoris und moderater schwerer Ischämie. Auch in dieser Studie konnte keine Überlegenheit einer frühen invasiven Therapie

versus OMT in Bezug auf ischämische kardiovaskuläre Ereignisse und Tod nachgewiesen werden.

„Obstruktive Angina pectoris ist nur die Spitze des Eisbergs, auf die wir in den vergangenen 40 Jahren geschaut haben“, schloss Boden seinen Vortrag ab. „Wir müssen allerdings für eine optimale Diagnostik und Therapie von Ischämie und Angina auch unter die Wasseroberfläche sehen und die Entstehungsursachen im Management der Angina pectoris und Ischämie nicht aus den Augen verlieren.“

„In den ESC-Guidelines 2019 [5] wird der multifaktoriellen Genese der KHK mit einem neuen Ausdruck Rechnung getragen“, sagte **Univ.-Prof. Dr. Luis Gowdak** vom Heart Center Sao Paulo/Brasilien in seinem Vortrag. „Die Bezeichnung ‚coronary artery syndromes‘ weist daraufhin, dass wir es hier nicht mit einem einheitlichen Krankheitsbild zu tun haben.“

So wird nunmehr für Patienten mit einer Herzfrequenz von > 80 bpm eine andere Therapie empfohlen als für Patienten mit Linksventrikeldysfunktion oder mit niedrigem Blutdruck. Ein wichtiger Therapieansatz dabei ist Trimetazidin (TMZ). Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von TMZ ist in vielen Studien nachgewiesen worden [8–10]. Demzufolge wurde TMZ in den neuen „ESC-Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syn-

dromes“ von Klasse IIB auf Klasse IIA als Secondline-Behandlung hochgestuft. Zusätzlich gilt, dass bei ausgewählten Patienten, abhängig von Herzfrequenz, Blutdruck und Verträglichkeit, die Kombination von Betablockern und Kalziumkanalblockern plus TMZ als Firstline-Therapie empfohlen wird [5].

So weisen etwa die Ergebnisse der VASCO Angina Study [9] darauf hin, dass TMZ plus Background-Therapie mit Betablockern das Risiko für eine Ereignis-induzierte Ischämie reduziert und die funktionelle Kapazität bei Patienten mit chronischer, stabiler Angina pectoris verbessert. In einer Real-World-Studie konnte zudem eine signifikante Reduktion von AP-Anfällen unter TMZ, zusätzlich zur Basistherapie mit Betablockern, Betablockern plus Kalziumkanalblockern, Kalziumkanalblockern plus lang wirksames Nitrat sowie Betablocker und langwirksames Nitrat beobachtet werden [8] (Abb. 1).

In jeder der vier randomisierten Gruppen konnte bereits zwei Wochen nach Hinzugabe von TMZ eine signifikante, rund 30%ige Reduktion von Angina-Anfällen beobachtet werden. Dieser relativ kurze Beobachtungszeitraum ist auch deshalb wichtig, weil neu diagnostizierte Angina-Patienten engmaschig überwacht werden müssen. Mit rezenten Daten aus dem ODA-Trial [10] konnte zudem nachgewiesen werden,

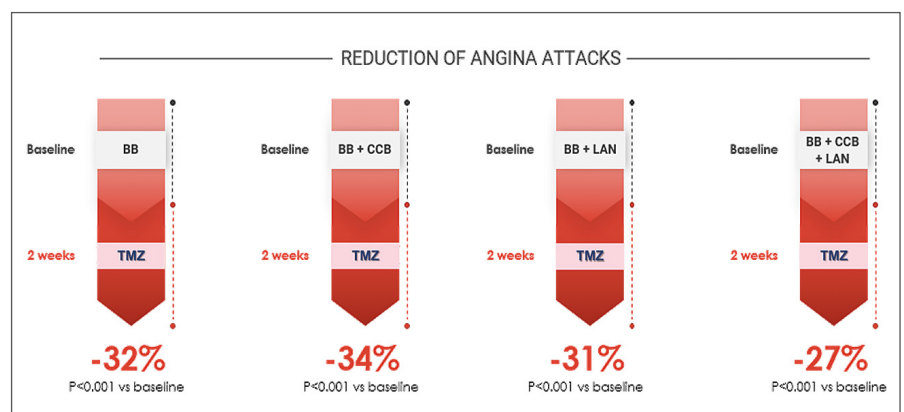


Abbildung 1: Trimetazidin kann mit allen antianginös wirksamen Medikamenten kombiniert werden. Mod. nach [8]. © Servier.

dass eine Zugabe von TMZ auch noch Jahre nach der Diagnose sinnvoll ist. In dieser Studie konnten die wöchentlichen Angina-pectoris-Anfälle mit der zusätzlichen Gabe von TMZ zur Basistherapie im ersten Jahr um 84 %, zwischen einem bis fünf Jahren um 82 %, zwischen fünf und zehn Jahren Therapie um 81 % und nach einer Krankheitsdauer von mehr als zehn Jahren um 80 % reduziert werden. „Die Zukunft der Angina-Therapie liegt in einem maßgeschneiderten Ansatz, der Therapiealgorithmen berücksichtigt, die individuellen Bedürfnisse des Patienten dabei allerdings in den Vordergrund stellt“, sagte Gowdak.

Literatur:

1. Spinka F, et al. Functional status and life satisfaction of patients with stable angina pectoris in Austria. *BMJ Open* 2019; 9: e029661.
2. ESC Congress 2020 - The Digital Experience. <https://www.escardio.org/Congresses-&Events/ESC-Congress> 29. August bis 1. September.
3. Servier-Symposium im Rahmen des ESC 2020: Managing angina and ischemic disease: what have we learned in 2020?“, 30. August 2020, 18.30–19.30 Uhr, virtuell.
4. Al-Lamee R, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2018; 391: 31–40.
5. Knuuti J, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2020; 41: 407–77.
6. Dehmer GJ, et al. 2020 AHA/ACC Key Data Elements and Definitions for Coronary Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards. *J Am Coll Cardiol* 2020; 75: 1975–2088.
7. Maron DJ, et al. Ischemia Research Group. Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2020; 382: 1395–407.
8. Glezer M, CHOICE-2 study investigators. Real-world evidence for the antianginal efficacy of trimetazidine from the russian Observational CHOICE-2 Study. *Adv Ther* 2017; 34: 915–24.
9. Vitale C, et al. Efficacy of trimetazidine on functional capacity in symptomatic patients with stable exertional angina – the VASCO angina study. *Int J Cardio* 2013; 168: 1078–81.
10. Glezer M, ODA investigators. Effectiveness of trimetazidine in patients with stable angina pectoris of various durations: Results from ODA. *Cardiol Ther* 2020; E-pub ahead of print.

Fachkurzinformation nebenstehend

Korrespondenzadresse:

Sabine Fisch

E-Mail: redaktionsbuero@sabinefisch.at

VAS_2020_001
Entgeltliche Einschaltung

Fachkurzinformation zum Text und Inserat auf Seite 423

Vastarel 35 mg – Filmtabletten mit veränderter Wirkstofffreisetzung. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:

Eine Filmtablette mit veränderter Wirkstofffreisetzung enthält 35 mg Trimetazindihydrochlorid. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **HILFSSTOFFE:** Tabletten-Kern: Calciumhydrogenphosphatdihydrat, Hypromellose 4000, Povidon, wasserfreies, kolloidales Siliziumdioxid, Magnesiumstearat, Tabletten-Überzug: Titandioxid (E 171), Glycerol, Hypromellose, Macrogol 6000, rotes Eisenoxid (E 172), Magnesiumstearat. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Trimetazidin wird angewendet bei Erwachsenen als Zusatztherapie zur symptomatischen Behandlung von stabiler Angina pectoris, die durch eine antianginöse First-Line-Therapie nicht ausreichend eingestellt sind oder diese nicht vertragen. **DOSIERUNG UND ART DER ANWENDUNG*:** Die Dosis ist eine Tablette zu 35 mg Trimetazidin zweimal täglich zu den Mahlzeiten. Der Behandlungserfolg soll nach 3 Monaten bewertet werden; Trimetazidin muss abgesetzt werden, wenn der Patient nicht auf die Behandlung anspricht. Ältere Patienten und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion: Bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance [30–60] ml/min) (siehe Abschnitte 4.4 und 5.2) beträgt die empfohlene Dosis eine 35-mg-Tablette morgens zum Frühstück. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Morbus Parkinson, Parkinson-Symptome, Tremor, Restless-Legs-Syndrom und andere verwandte Bewegungsstörungen, schwere Einschränkung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance <30 ml/min). **WARNHINWEISE*:** Dieses Arzneimittel ist nicht indiziert zur medizinischen Behandlung von Angina Anfällen und nicht zur Erstbehandlung von instabiler Angina oder Myokardinfarkten; es sollte weder vor einer Spitals-einweisung noch während der ersten Tage einer stationären Behandlung angewendet werden. Im Falle eines Angina Anfalls muss die Koronarerkrankung re-evaluiert werden und eine Anpassung der Behandlung (medikamentöse Behandlung und gegebenenfalls Revaskularisierung) sollte in Betracht gezogen werden. Trimetazidin kann Parkinson-Symptome (Tremor, Akinesie, muskuläre Hypertonie) hervorrufen oder verstärken. Patienten sind diesbezüglich regelmäßig zu untersuchen, vor allem ältere Patienten. Im Zusammenhang mit unsicherem Gang oder Hypotonie kann es zu Stürzen kommen. Hiervon sind insbesondere Patienten betroffen, die eine antihypertensive Behandlung erhalten (siehe Abschnitt 4.8). **WECHSELWIRKUNGEN*:** **SCHWANGERSCHAFT*:** Aus Vorsichtsgründen soll eine Anwendung von Trimetazidin während der Schwangerschaft vermieden werden. **STILLZEIT*:** Ein Risiko für das Neugeborene/Kind kann nicht ausgeschlossen werden. Vastarel soll während der Stillzeit nicht angewendet werden. **FERTILITÄT*:** **AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERKEHRSTÜCHTIGKEIT UND DIE FÄHIGKEIT ZUM BEDIENEN VON MASCHINEN*:** Es wurden Fälle von Benommenheit und Schläfrigkeit beschrieben (siehe Abschnitt 4.8), welche die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen beeinflussen können. **NEBENWIRKUNGEN* Häufig:** Benommenheit, Kopfschmerzen, abdominale Schmerzen, Diarrhoe, Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen, Ausschlag, Pruritus, Urtikaria, Asthenie. **Selten:** Palpitationen, Extrasystolen, Tachykardie, arterielle Hypotonie, orthostatische Hypotonie, die mit Unwohlsein, Schwindel oder Stürzen verbunden sein kann, insbesondere bei Patienten unter antihypertensiver Behandlung, Hitzegefühl. **Nicht bekannt:** Parkinson-Symptome (Tremor, Akinesie, muskuläre Hypertonie), unsicherer Gang, Restless-leg-Syndrom, andere verwandte Bewegungsstörungen (in der Regel nach Behandlungsende reversibel), Schlafstörungen (Insomnie, Schläfrigkeit), Vertigo, Obstipation, akutes generalisiertes pustulöses Exanthem, Angioödem, Agranulozytose, Thrombozytopenie, Thrombozytopenische Purpura, Hepatitis. **ÜBERDOSIERUNG*:** **PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN*:** Trimetazidin wirkt bei Patienten mit ischämischer Herzerkrankung als metabolische Substanz und hält in den Zellen des Myokards die Konzentrationen von hoch-energetischen Phosphaten aufrecht. Die antischämische Wirkung wird ohne Beeinflussung der Hämodynamik erzielt. **PACKUNGSGRÖßEN*:** Packungen zu 30 und 60 Filmtabletten. **WIRKSTOFFGRUPPE*:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Herztherapie, Andere Herzmittel, ATC-Code: C01EB15 **NAME ODER FIRMA UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS*:** SERVIER AUSTRIA GmbH, Mariahilferstraße 20, A-1070 Wien, Tel.: 01 524 39 99 – 0, Fax: 01 524 39 99 – 9, E-Mail: office@at.netgrs.com **REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT*:** Rezept- und apothekenpflichtig.

***Weitere Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Gegenanzeigen, Warnhinweise, Schwangerschaft und Stillzeit, Fertilität, Nebenwirkungen, Überdosierung sowie Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand Oktober 2017**

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](#)