

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

## Pharma-News

*Journal für Kardiologie - Austrian  
Journal of Cardiology 2003; 10  
(9), 398-402*

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://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,-

# 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](http://www.kup.at/images/ads/kongress.pdf)

## Pharma-News

### **ASS (Acetylsalicylsäure) zur Prävention von Herzinfarkt und Schlaganfall ist für alle Patienten mit kardiovaskulärem Risiko von höchstem Wert!**

In der Sekundärprävention zur Verhinderung eines weiteren Herzinfarkts bzw. Schlaganfalls ist die Gabe von ASS heute selbstverständlich. Viel zuwenig Aufmerksamkeit wird den Möglichkeiten der vorbeugenden ASS-Gabe in der Primärprävention des Herzinfarktes geschenkt. Eine der weltweit größten Studien belegt den Benefit der frühzeitigen low dose ASS-Gabe: 51 % weniger Herzinfarkte weist die Physician's Health Study (22.071 Patienten über 5 Jahre) für die Gruppe mit niedrig dosierter ASS aus.

#### **Wer sollte vorbeugend ASS einnehmen?**

Alle Patienten mit definiertem Risiko, wie koronare Herzkrankheit, Diabetes, Fettstoff-

wechselstörungen, Bluthochdruck, aber auch Patienten mit mehreren Risikofaktoren, zu denen z. B. auch Rauchen und höheres Lebensalter zählen.

Entscheidend für den medizinischen Erfolg ist die richtige Dosierung: 30–100 mg 1× täglich reichen aus, um die Cyclooxygenase in den Thrombozyten irreversibel zu hemmen und damit die Aggregationsbereitschaft herabzusetzen. Höhere Dosen pro Tag bringen keinen weiteren Nutzen, ganz im Gegenteil: Durch unerwünschte gastrointestinale Effekte kann es notwendig werden,

teure Gastroprotektiva (z. B. PPIs, H<sub>2</sub>-Blocker) zusätzlich zu verschreiben. Darüber hinaus wird die Compliance der Patienten unnotwendigerweise gefährdet. Nicht nur die Dosierung, auch die Galenik der ASS ist für das bestmögliche Verhältnis zwischen Wirkung und Nebenwirkung wichtig.

Mit Herz ASS® 50 mg und Herz ASS® 100 mg gibt es Arzneizubereitungen mit patentierter Galenik, die die gastrointestinale Verträglichkeit in der Langzeittherapie nachhaltig verbessern. Herz ASS® vereint gesicherte Wirkung mit magenschonender Galenik und größtmöglicher Ökonomie in der Anwendung.



**Herz Ass®**

**Weitere Informationen bei:**  
Gerot Pharmazeutika GmbH  
Arnethgasse 3  
A-1160 Wien  
Tel.: 01/485 35 05-0



## Amiodaron (Sedacoron®) und Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz stellt eine der häufigsten internistischen Erkrankungen dar. In der Gesamtpopulation westlicher Länder treten pro Jahr 1–4/1000 Neuerkrankungen auf. Die Prävalenz und die Inzidenz sind altersabhängig. Im Alter zwischen 45–55 Jahren leidet weniger als 1 % der Bevölkerung an einer Herzinsuffizienz. Zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr sind es bereits 2–5 % und bei über 80jährigen nahezu 10 %.

Bei 80–90 % der herzinsuffizienten Patienten beruhen die Symptome auf einer ventrikulären Funktionsstörung, bei etwa 60 % auf einer systolischen Dysfunktion mit einer EF < 40 %. Die häufigste Ursache einer Herzinsuffizienz ist die koronare Herzerkrankung, die bei ca. einem Drittel der Patienten von einer arteriellen Hypertonie begleitet wird.

Rund 40 % der Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz versterben an plötzlichem Herztod, davon ist der Großteil arrhythmogen verursacht. Häufig finden sich bei dieser Population ventrikuläre Rhythmusstörungen.

Therapieziele bei chronischer Herzinsuffizienz sind die Letalitätssenkung, die Hemmung der Progression, die Beschwerdeverbesserung, eine Senkung der Hospitalisierungsrate sowie die Verbesserung der hämodynamischen Parameter.

Neben der nichtmedikamentösen Therapie (Diät, Flüssigkeitszufuhr, Gewichtskontrolle, Alkohol-/Nikotinverzicht, körperliche Bewegung), weiterführenden therapeutischen Verfahren – wie Schrittmacher, ICD, Transplantation, „assist devices“ – und operativen Verfahren hat die Pharmakotherapie eine zentrale Bedeutung. In den „Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure“ der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft [1] finden sich ACE-Hemmer, Diuretika, Beta-blocker, Aldosteronantagonisten, Angiotensinrezeptorantagonisten, Glykoside, Nitrate/Hydralazin, positiv inotrope Substanzen, Antikoagulanzen und Antiarrhythmika.

Sind Antiarrhythmika notwendig, so werden vor allem Klasse-II-Antiarrhythmika (Beta-blocker/Level of evidence A) eingesetzt. Beim Einsatz von Klasse-III-Antiarrhythmika sprechen die Daten für Amiodaron (Sedacoron®) (Level of evidence B). Klasse-I-Antiarrhythmika sollen vermieden werden (Level of evidence C).

Amiodaron kann bei herzinsuffizienten Patienten zur Therapie von Vorhofflimmern oder ventrikulären Arrhythmien eingesetzt werden. Dabei wirkt es bei oraler Gabe nicht negativ inotrop und verbessert in einem gewissen Ausmaß die systolische linksventrikuläre Pumpfunktion. Amiodaron kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn herzinsuffiziente Patienten eine Kontraindikation für Beta-blocker aufweisen.

Frühere Studien wie EPAMSA [2] (Abb. 1) und GESICA [3] (Abb. 2) konnten zeigen, daß der Einsatz von Amiodaron bei Patienten mit einer LVEF unter 35 %, respektive mit Zeichen einer fortgeschrittenen chronischen Herzinsuffizienz (NYHA II–IV) zu einer signifikanten Senkung der Gesamtmortalität führte.

Rezente Studien [4, 5] untersuchten eine Patientenpopulation, bei der Betablocker kontraindiziert waren:

- Patienten mit einer LVEF < 20 % und NYHA-Stadien II–IV erhielten neben einer Herzinsuffizienz-Standardtherapie (inkl. Betablocker) Low-Dose-Amiodaron (Erhaltungsdosis 400 mg/Tag). Dabei zeigte sich, daß Amiodaron sowohl die LVEF als auch das klinische Erscheinungsbild und die hämodynamischen Parameter in einer mit Metoprolol vergleichbaren Art und Weise verbesserte. Auch das Nebenwirkungsprofil war identisch [4].
- Patienten mit einer Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien III und IV erhielten neben einer Standardtherapie Amiodaron (Loading Dose = 150–400 mg/Tag; Erhaltungsdosis = 150–200 mg/Tag). Das Ergebnis erbrachte eine deutliche Verbesserung der klinischen Symptomatik, eine Senkung von Blutdruck und Herzfrequenz sowie eine Verbesserung hämodynamischer und echokardiographischer Parameter (Abb. 3) [5].

Amiodaron (Sedacoron®) zeigt einen günstigen Effekt auf die Progression chronischer Herzinsuffizienz und kann – basierend auf den vorliegenden Daten – als effektive Alternative zur Gabe von Beta-blockern bei Patienten mit Herzinsuffizienz, vor allem dann, wenn diese – aus welchen Gründen auch immer – kontraindiziert sind, eingesetzt werden.

### Literatur:

1. Remme WJ, Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Gavazzi A, Haverich A, Hoes A, Jaarsma T, Komajda M, Korewicki J, Levy S, Lopez-Sendon JL, Nieminen M, Piérard L, Gavazzi L, Toutouzas PK. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J 2001; 22: 1527–60.
2. Garguichevic JJ, Ramos JL, Gambarte A, Gentile A, Hauad S, Scapin O, Sirena J, Tibaldi M, Toplikar J. Argentine pilot study of sudden death and amiodarone (EPAMSA). Am Heart J 1995; 130: 494–500.
3. Doval HC, Nul DR, Grancelli HO, Perrone SV, Bortman GR, Curiel R. Randomised trial of low-dose amiodarone in severe congestive heart failure. Grupo de Estudio de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina (GESICA). Lancet 1994; 344: 493–8.
4. Anastasiou-Nana MI, Margari ZJ, Terrovitis JV, Rapti AC, Alexopoulos GP, Nanas JN. Amiodarone in patients with CHF and intolerance to metoprolol. Am J Cardiol 2002; 90: 1017–9.
5. Takemura K, Yasumura Y, Hirooka K, Hanatani A, Nakatani S, Komamura K, Yamagishi M, Miyatake K. Amiodarone for patients with advanced heart failure who are intolerant of beta blockers. Circ J 2002; 66: 441–4.

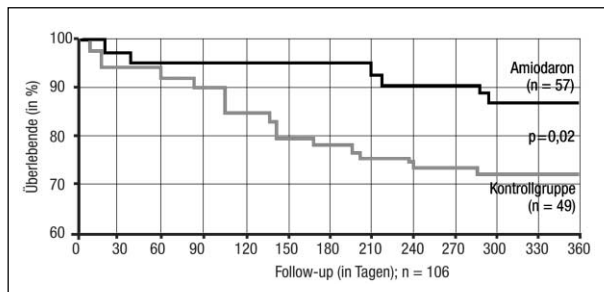


Abbildung 1: EPAMSA-Studie, Herzinsuffizienz mit Arrhythmien, Sedacoron® als Mittel der Wahl; Gesamtmortalität (n = 127); nach [2]

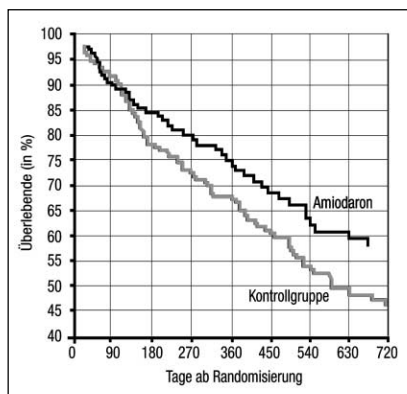


Abbildung 2: GESICA-Studie, Herzinsuffizienz ohne Arrhythmien, Sedacoron® als therapeutische Option; Gesamtmortalität (n = 516); nach [3]

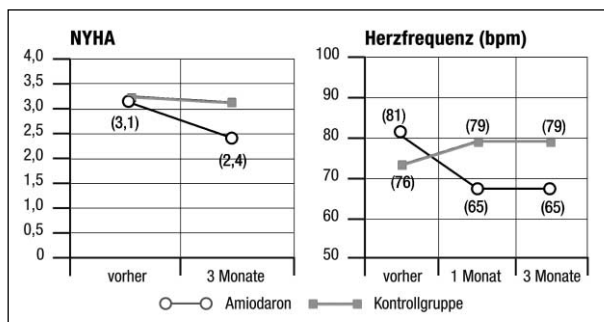


Abbildung 3: Sedacoron® als Alternative bei Herzinsuffizienz bei Betablockerintoleranz (n = 22); nach [5]

**Amiodaron = Sedacoron®, ein Produkt der EBEWE Pharma**

### Weitere Informationen:

Actiopharm GmbH  
Lutz Boshamer  
Tel.: 01/87 91 676-0

E-Mail: lutz.boshamer@actiopharm.com  
www.actiopharm.com



**Jenseits der Blutdruckkontrolle:  
Candesartan verbessert das  
metabolische Profil**

Wegen ihrer Effizienz in der Blutdrucksenkung wurden die Angiotensin-II-Antagonisten (AIIA) gleichwertig mit anderen Antihypertensiva als First-line-Medikamente in die jüngsten europäischen Hypertonietherapie-Empfehlungen aufgenommen. Mit einer Verträglichkeit auf Placeboniveau sind sie darüber hinaus älteren Antihypertensivaklassen deutlich überlegen. Gegenüber Betablockern weisen Sie einen Vorteil im metabolischen Profil auf: Das Risiko für eine Erstmanifestation von Diabetes mellitus kann durch Candesartan um ca. 20 % reduziert werden.

In einer aktuellen Studie wurde zusätzlich zum antihypertensiven Effekt die Wirkung auf das metabolische Profil durch eine Kombinationstherapie mit Candesartan 16 mg und Hydrochlorothiazid 12,5 mg (BLOPRESS® 16 mg Plus) untersucht [1]. 2497 Hypertoniker wurden in diese 12wöchige, multizentrische, prospektive Studie aufgenommen. Neben den Blutdruckwerten wurden Blutzucker, Gesamtcholesterin, Triglyzeride, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Kalium-, Natrium- und Kreatininwerte vor der Studie und nach den drei Monaten Behandlungsdauer gemessen.

**All-Antagonist senkt Cholesterinspiegel**

**Resultat:** Insgesamt liegen die Ergebnisse von 2379 Patienten mit einem mittleren BMI von 28,5 kg/m<sup>2</sup> vor. 17 % der Patienten waren Diabetiker, 40 % hatten eine Dyslipidämie, und 30 % waren adipös. Die Blutdruckwerte konnten von durchschnittlich 166/97 mmHg auf 141/83 mmHg gesenkt werden. Vor dem Hintergrund, daß Dyslipidämie, Diabetes und Hypertonie gehäuft gemeinsam auftreten, gewinnen die zusätzlichen signifikanten Verbesserungen einiger metabolischer Parameter an besonderer Bedeutung: Die Gesamtcholesterinwerte wurden von 230 auf 217 mg/dl ( $p < 0,0001$ ), die Triglyzeride von 155 auf 142 mg/dl

( $p < 0,0001$ ), die LDL-Werte von 150 auf 140 mg/dl ( $p < 0,0001$ ) reduziert. Die Kalium-, Natrium- und Kreatininwerte blieben unverändert. Die Therapie war sehr gut verträglich.

**Candesartan erhöht die Insulinsensitivität**

In einer weiteren aktuellen Studie an 127 adipösen Hypertonikern wurde der Einfluß von Candesartan auf den Blutzuckerspiegel und die Insulinresistenz überprüft [2]. Patienten mit einem BMI zwischen 30 und 40 kg/m<sup>2</sup> erhielten randomisiert 8–16 mg Candesartan bzw. 25–50 mg Hydrochlorothiazid. Nach 12 Wochen verbesserte sich die Insulinsensitivität (gemessen anhand des Insulin-Resistenz-Index (IRI) = AUC Glucose/AUC Insulin) durch Candesartan signifikant. Wie durch Diuretika zu erwarten, zeigte sich mit Hydrochlorothiazid eine Tendenz zur Verschlechterung.

Die Tatsache, daß Candesartan (BLOPRESS®) das metabolische Profil zusätzlich zur Blutdrucksenkung positiv beeinflusst, macht es für die Anwendung bei Hypertonikern mit

gleichzeitig vorliegendem metabolischem Syndrom oder Adipositas besonders geeignet. Patienten, die neben Hypertonie noch weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweisen, können von einer Therapie mit AII-Antagonisten wie BLOPRESS® profitieren.

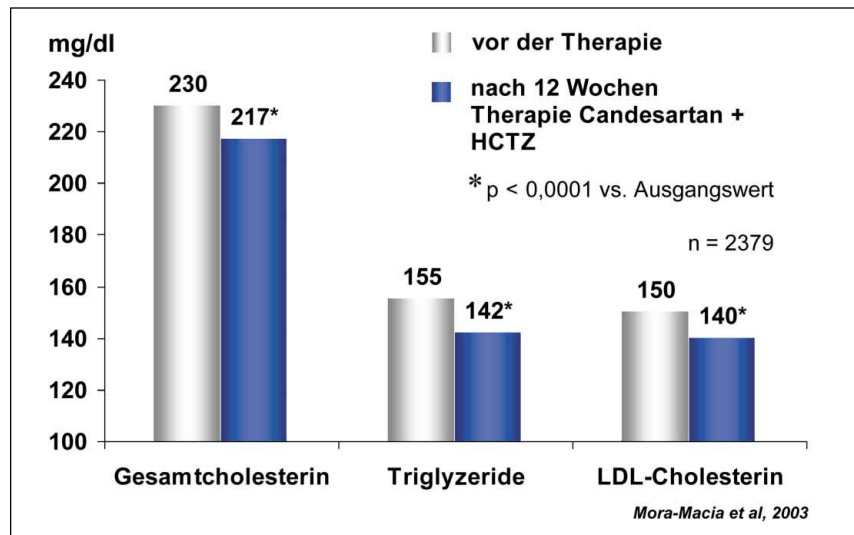
**Literatur:**

1. Mora-Macia J, Tovar JL, Raber A. Effectivity of the fixed combination of candesartan with hydrochlorothiazide in an uncontrolled Spanish hypertensive population. *J Hypertens* 2003; 21: 274.
2. Grassi G, Seravalle G, Quarti F, Dell’Oro R, Arenare F. Chronic angiotensin II receptor blockade reduces sympathetic nerve traffic and improves insulin resistance in obese hypertensives. *Eur Heart J* 2002; 4: Abstract.

**Weitere Informationen:**



Takeda Pharma Ges.m.b.H  
Mag. Dagmar Rech  
1070 Wien, Seidengasse 33–35  
Tel.: 01/524 40 64-42  
Fax: 01/524 40 66  
E-Mail: dagmar.rech@takeda.at



Candesartan 16 mg in Kombination mit HCTZ 12,5 mg verbessert das Lipidprofil, indem es Cholesterin- und Triglyzeridspiegel senkt.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)