

Journal für
Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

**Satelittensymposium
"Procoralan(R) - eine echte
Innovation bei stabiler
symptomatischer KHK".9. Juni
2006, Salzburg. Kurzfassungen
der Beiträge.**

**Symptomatische stabile Angina pectoris:
Epidemiologie, therapeutische Option und
innovative Therapieansätze**

Pichler M

*Journal für Kardiologie - Austrian Journal
of Cardiology 2006; 13 (Supplementum A), 4-5*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

2012: Abo-Aktion zum Kennenlernen

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

Inkludiert im PDF sind im Laufe des Jahres eine Serviceseite für Vortragende, mit direktem Zugriff auf hochauflösende Grafiken und – so vorhanden – embedded Video-Clips.

Bestellung kostenloses e-Journal Abo



Symptomatische stabile Angina pectoris: Epidemiologie, therapeutische Optionen und innovative Therapieansätze

M. Pichler

Die stabile Angina pectoris ist die häufigste Form der koronaren Herzerkrankung, sie tritt bei ca. 50 % aller KHK-Patienten als Erstmanifestation auf. Die Prävalenz liegt bei Männern zwischen 40 und 55 Jahren bei 2–5 %, während sie bei 65- bis 75jährigen bei 11–20 % gelegen ist. Bei Frauen zeigt eine rezente Studie aus Finnland, daß entgegen bisherigen Ansichten die Inzidenz der AP den Männern ähnlich ist.

In Österreich wird mit ca. 250.000 Personen mit chronisch-stabiler Angina pectoris gerechnet. Im Zeitalter der Interventionen muß auch festgehalten werden, daß bei vielen Patienten trotz PCI-Stenting eine Angina pectoris persistiert (ca. in 20 % der Fälle nach PCI).

Die Einführung der aortokoronaren Bypass-Operation (CABG) und noch mehr der perkutanen Koronarinterventionen (PCI/Stenting) hat die Behandlung der chronisch stabilen Angina in der Praxis entscheidend verändert. Revaskularisationsmaßnahmen können die Symptome (Angina) und Lebensqualität verbessern und in besonderen High-Risk-Gruppen, wie bei Hauptstammstenose, Dreigeißelkrankung und proximaler LAD-Stenose, auch die Prognose verbessern. Es gibt jedoch

keine EBM-Daten, die den prognostischen Wert einer „routinemäßigen“ PCI bei Patienten mit KHK und stabiler Angina pectoris belegen.

In Ergänzung zu einer Lebensstil-Modifikation (mediterrane Ernährung, regelmäßige Bewegung, Gewichtsreduktion, Nikotinabstinenz) hat die medikamentöse Therapie der stabilen Angina pectoris drei Ziele:

1. Erhalt und Verbesserung der Lebensqualität durch Senkung der Angina pectoris-Beschwerden und Verbesserung der Leistungsfähigkeit
2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Herzinfarkt und Herzinsuffizienz
3. Reduktion der Sterblichkeit

Die eingesetzten Medikamente könnten unterteilt werden in (Abb. 1):

Prognoseverbessernde (sekundärpräventive, Plaque-stabilisierende) Medikamente

Dazu zählen die Gabe von Aspirin bzw. alternativ Clopidogrel, ferner die lipidsenkenden Medikamente, namentlich

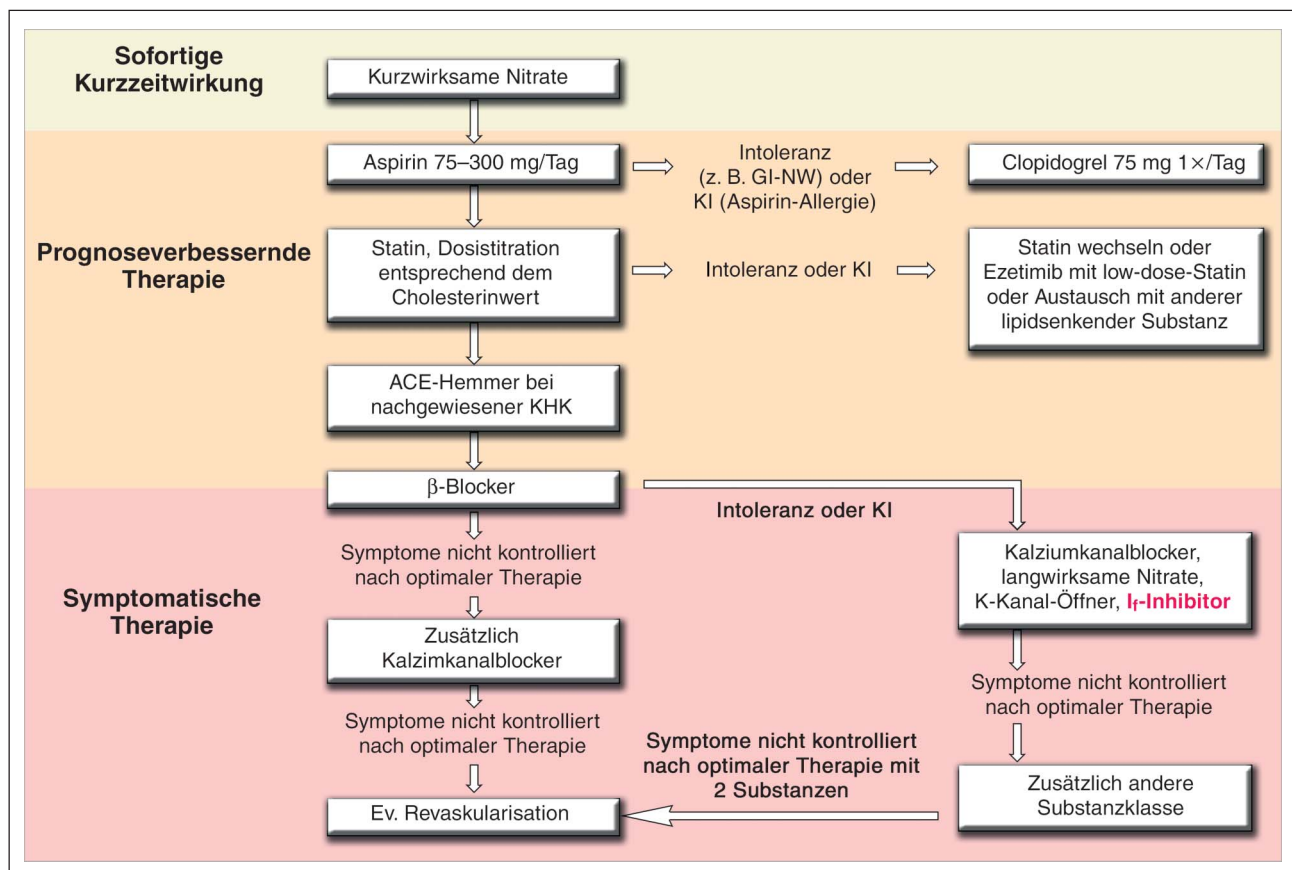


Abbildung 1: Algorithmus der medikamentösen Therapie bei stabiler Angina pectoris (modifiziert nach Fox K et al. Management of Angina pectoris. ESC Textbook of Cardiovascular Medicine 2006)

Statine und Ezetrol, um das LDL-Cholesterin auf einen Zielwert unter 100 mg/dl, bei High-Risk-Konstellation besser unter 70 mg/dl zu senken, sowie Nikotinsäure zur Hebung eines erniedrigten HDL-Cholesterins. ACE-Hemmer und bei Unverträglichkeit ARB führen ebenfalls insbesondere bei High-Risk-Konstellation zu einer Prognose-Verbesserung bei KHK-Patienten.

Die prognostische Wertigkeit der Betablocker ist bei Postinfarkt-Patienten und Herzinsuffizienz-Patienten bewiesen, es existieren aber keine ausreichenden Daten zur Beeinflussung der Prognose bei der chronisch-stabilen Angina pectoris.

Symptomatische Therapie

Die symptomatische Therapie der stabilen chronischen Angina pectoris umfaßt die Gabe von kurzwirksamen Nitraten für den Anfall sowie langwirksamen Nitraten zur Anfalls-Prophylaxe und Senkung der Anfallshäufigkeit.

Betablocker bewirken über eine Senkung der Herzfrequenz und eine Verminderung des myokardialen Sauerstoffbedarfs mit Verbesserung der myokardialen Durchblutung in der Diastole eine Abnahme der Angina und Verbesserung der Angina-freien Belastbarkeit.

Kalzium-Antagonisten, insbesondere vom Typ Verapamil und Diltiazem, bewirken über die Senkung der Herzfrequenz und Vasodilatation durch Relaxation der glatten Gefäßmuskulatur ebenfalls eine Senkung der Angina-Häufigkeit.

Der Kaliumkanalaktivator Nicorandil setzt NO frei und stimuliert die kalziumabhängigen Kaliumkanäle, damit wird eine Senkung der Vorlast und Nachlast, sowie direkte Vasodilatation an den Kranzgefäßen erzielt.

Neuere Therapieansätze umfassen den If-Kanalblocker Ivabradin, welcher über selektive Senkung der Sinusfrequenz den myokardialen Sauerstoffbedarf erniedrigt und damit Belastbarkeit und Belastungsdauer bei Patienten mit stabiler Angina pectoris verbessert.

Weitere in Erprobung befindliche Substanzen wie Trimetazidin, Ranolazin und Perhexillin wirken über eine Verbesserung der Fettsäureoxidation antianginal.

Für Verfahren wie die verstärkte externe Ballongegenpulsation (EECP, enhanced external Counterpulsation) und die Spinalkanalstimulation gibt es zwar Berichte über positive Ergebnisse mit Abnahme der Angina pectoris, die Datenlage kann jedoch nach wie vor als zu dürftig für eine allgemeine Empfehlung angesehen werden (ACC-AHA 2002, Guidelines).

Literatur:

Henderson RA, Pocock StJ, Clayton TC et al. Seven-year outcome in the RITA-2 Trial: Coronary Angioplasty versus Medical Therapy. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 1162–70.

Katritis DG, Ioannidis JP. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in non acute coronary artery disease. *Circulation* 2005; 111: 2906–12.

Hueb W, Soares PR, Gersh BJ et al. The Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS-II). *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1743–51.

The IONA Study Group. Effect of Nicorandil on coronary events in patients with stable angina. *Lancet* 2002; 359: 1269–75.

Yusuf S, Zucker D, Passamani E et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: Overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet* 1994; 334: 563–70.

Hemmingway H, McCallum A, Shipley M et al. Incidence and prognostic implications of stable angina pectoris among women and men. *JAMA* 2006; 295: 1404–11.

Daly CA, Stavola BD, Lopez Sendon JH et al. Predicting prognosis in stable angina – results from the Euroheart survey of stable angina: prospective observational study. *BMJ* 2006; 332: 262–7.

Heidenreich PA, McDonald KM, Hostic T et al. Meta-analysis of trials comparing Beta-Blockers, Calcium Antagonists and Nitrates for stable angina. *JAMA* 1999; 281: 1927–36.

Abrams J. Chronic stable angina. *N Engl J Med* 2005; 352: 2524–33.

Opie LH, Commerford PJ, Gersh B. Controversies in stable coronary artery disease. *Lancet* 2006; 367: 69–78.

Borer JS, Fox K, Jaillon P et al. Antianginal and antiischemic effects of ivabradine, an I(f)inhibitor, in stable angina: a randomised double blind, multicentered, placebo-controlled trial. *Circulation* 2003; 107: 817–23.

Bodem VE. Surgery, angioplasty or medical therapy for symptomatic multivessel coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1752–4.

King SB. Dilate or defer? View of a skeptic. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 1171–2.

Schipke JD, Büter I, Hohlfeld T et al. Selektive I(f)-Kanal-Hemmung: eine Alternative in der Behandlung der Koronaren Herzkrankheit? *Herz* 2006; 31: 55–74.

Guidelines on the management of stable angina pectoris The Task Force on the Management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006; 27: 1341–81.

ACC/AHA 2002 Guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article. *Circulation* 2003; 107: 149–58.

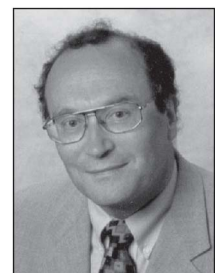
Univ.-Prof. Dr. Max Pichler, FESC, FACC

Medizin-Studium in Innsbruck. Ass./Oberarzt an der I. Medizin Universitätsklinik in Wien (Prof. Dr. Deutsch). FA für Innere Medizin / Kardiologie / Internistische Intensivmedizin. Vorstand der Universitätsklinik für Innere Medizin II, Kardiologie und Internistische Intensivmedizin der Privatmedizinischen Universität Salzburg.

Spezielle Interessen und wissenschaftliche Schwerpunkte: Prävention und Rehabilitation kardiovaskulärer Erkrankungen, Hochdruck, nicht-invasive kardiologische Diagnostik, Ischämische Herzerkrankungen

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. M. Pichler
Universitätsklinik für Innere Medizin II, Kardiologie und Internistische Intensivmedizin
Privatmedizinische Universität Salzburg
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
E-mail: m.pichler@salk.at



ABONNEMENTBESTELLUNG

JOURNAL FÜR KARDIOLOGIE

Achtung Aktion: Abonnement e-Journal derzeit bis auf Widerruf kostenlos!

 **DAZU HIER KLICKEN**

Hiermit bestelle ich
ein Jahresabonnement
(mindestens 6 Ausgaben)

- als Printversion zum Preis von
€ 60,-*
- als e-Journal (das Gesamt-PDF
erhalte ich per Download zum
Preis von € 60,-)
- als Printversion und e-Journal
zum Preis von € 60,-*

Zutreffendes bitte ankreuzen

* im Ausland zzgl. Versandkosten
Stand 1.1.2012

Name

Anschritt

E-Mail

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10
FAX: +43/(0)2231/612 58-10

 **ELEKTRONISCHE BESTELLUNG**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm
