

Empfehlungen aus der Nationalen Versorgungsleitlinie

Medikamentöse Therapie der stabilen KHK

Für die Prognose einer stabilen koronarer Herzerkrankung (KHK) sind Medikamente allein ebenso gut wie Stents. In den meisten Fällen ermöglicht die konservative Therapie zudem eine ausreichende Kontrolle der pektanginösen Symptomatik.

Die Medikamente zur Behandlung der stabilen KHK werden in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) in zwei Gruppen unterteilt: Zur ersten Gruppe gehören Thrombozytenaggregationshemmer, Statine, Betablocker und ACE-Hemmer/AT₁-Rezeptorantagonisten, die kardiovaskuläre Komplikationen verhindern und die Mortalität senken. Die Medikamente der zweiten Gruppe – ebenfalls Betablocker, außerdem Kalziumkanalantagonisten, Nitrate, Ivabradin und Ranolazin – wirken der Angina-Pectoris-Symptomatik entgegen und verbessern damit Belastbarkeit und Lebensqualität.

Prognoseverbessernde Therapie

Acetylsalicylsäure (ASS): Durch niedrig dosiertes ASS wird bei Patienten mit stabiler Angina Pectoris (AP) das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder Tod um etwa ein Drittel reduziert. Die lebenslange Behandlung mit 100 mg ASS pro Tag wird daher für alle Patienten mit stabiler KHK empfohlen.

Clopidogrel, Ticlopidin: Wenn ASS wegen Allergie, Unverträglichkeit oder Kon-

traindikationen nicht eingesetzt werden kann, sollte es durch 75 mg Clopidogrel pro Tag ersetzt werden. Eine weitere Alternative bei ASS-Unverträglichkeit ist das Thienopyridin Ticlopidin. Dagegen kommen Prasugrel und Ticagrelor nur beim akuten Koronarsyndrom zum Einsatz, sofern keine Bypass-Op. angestrebt wird.

Duale Thrombozytenaggregationshemmung: Die Behandlung mit ASS und einem P2Y₁₂-Antagonisten, z. B. Clopidogrel, ist notwendig, um nach einer perkutanen Koronarintervention mit koronarer Stentimplantation Stentthrombosen zu verhindern. Die Dauer der dualen Therapie variiert zwischen vier Wochen bei Verwendung eines reinen Metallstents und sechs bis zwölf Monaten bei medikamentenfreisetzenden Stents.

Kombinierte Antikoagulation: Besteht eine Indikation zur Antikoagulation ist bei Patienten mit stabiler KHK eine zusätzliche Thrombozytenhemmung nicht sinnvoll. Patienten nach koronarer Stentimplantation und Indikation zur oralen Antikoagulation sollten dagegen eine

Triple-Therapie aus ASS, Clopidogrel und oraler Antikoagulation erhalten. Eine Kombination aus oraler Antikoagulation und Thrombozytenhemmer wird außerdem für Patienten mit entsprechender Indikation und akutem Koronarsyndrom empfohlen, die nicht zur Bypass-Operation vorgesehen sind.

Statine: Sie sind die Lipidsenker der ersten Wahl, da sie nachweislich die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität senken und das Risiko für kardiale Ereignisse relativ um 25–30% reduzieren. Daher sollten alle KHK-Patienten – unabhängig von ihren Lipidwerten – mit einem Statin behandelt werden. In Europa wird die Senkung auf einen LDL-Cholesterin-Zielwert von < 100 mg/dl bzw. optional bei hohem Risiko von < 80 oder sogar < 70 mg/dl empfohlen. Die American Heart Association dagegen propagiert die Strategie der festen Statindosis ohne weitere Kontrollen. Wegen des Myopathierisikos sollte vor der Therapie und beim Auftreten von Symptomen der Kreatinkinase-Wert bestimmt werden. Bei Erhöhungen um das Zehnfache der Ausgangswerte muss die Therapie abgebrochen werden. Bei Erhöhungen um das Fünffache ist das Absetzen zu erwägen. Bei Nebenwirkungen rät die Leitlinie eine Dosisreduktion oder einen Wechsel des Statins zu versuchen.

Andere Lipidsenker: Für Fibrate, Anionenaustauscher, Cholesterinresorptionshemmer und Omega-3-Fettsäuren gibt es laut Leitlinie keine ausreichende Evidenz für eine Prognoseverbesserung. Die ersten drei Substanzklassen können jedoch bei Unverträglichkeit von Statinen erwogen werden.

Betablocker: Nach einem Myokardinfarkt, bei KHK plus Herzinsuffizienz und bei KHK plus Hypertonie führen Betablocker nachweislich zu einer Reduktion von kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität. Diese Patientengruppen sol-

Erste Fixkombination verfügbar

Für Patienten mit koronarer Herzerkrankung, die trotz aktueller Therapieoptionen symptomatisch bleiben, steht erstmals eine Fixkombination aus Metoprolol und Ivabradin zur Verfügung. Die antianginöse Wirksamkeit der Fixkombination verdeutlichten die Ergebnisse der ADDITIONS-Studie. Hier wurden die wöchentlichen Angina-Beschwerden unter der Kombination von Betablocker und Ivabradin nach einem Monat um 71% und nach vier Monaten um 88% reduziert, erklärte Prof. Dr. Michael Böhm, Homburg/Saar. Außerdem sank unter der Therapie der Nitratverbrauch: Die Zahl der wöchentlichen Anwendungen lag bei Therapiebeginn bei durchschnittlich 2,4 und reduzierte sich im Viermonatszeitraum auf im Schnitt 0,3.

(ufa)

Pressegespräch „Erste Fixkombination in der Therapie der symptomatischen KHK“, München, März 2016 (Veranstalter: Servier)