Koronare Herzkrankheit

Akut-Nitrat zur Unterstützung der Rehabilitation

— Akut-Nitrate sind nicht nur Standard bei der Behandlung von Angina-pectoris-Anfällen, sondern können auch zu einer effektiveren Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) beitragen.

© Martinam / Fotolia

Angstfrei und effektiv trainieren durch prophylaktische Anwendung eines Nitrosprays.

Laut nationaler Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ sollten Patienten mit stabiler Angina pectoris stets ein schnell wirkendes Nitrat zur Kupierung akuter Anfälle sowie zur Anfallsprophylaxe zur Hand haben. Denn auch unter optimaler medikamentöser Therapie bleiben viele Patienten symptomatisch – so zeigte z. B. die CADENCE-Studie, dass 48% der KHK-Patienten, die nach ärztlicher Einschätzung optimal medikamentös eingestellt waren, pektanginöse Beschwerden hatten, 7% davon sogar täglich.

Prophylaxe durch körperliche Aktivität

Die European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR) empfiehlt bei Patienten mit stabiler KHK, die eine medikamentöse Therapie erhalten und/oder bei denen eine perkutane Koronarintervention (PCI) vorgenommen wurde, ausdrücklich körperliche Aktivität als

Präventionsmaßnahme. Der Erhalt bzw. die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit kann die Gefäßfunktion stabilisieren und die Lebensqualität verbessern.

Um Belastungsfähigkeit und -dauer der Patienten zu steigern, kann die Anwendung eines Nitroglycerin-Sprays (z.B. Nitrolingual akut®) unmittelbar vor Beginn der körperlichen Aktivität hilfreich sein. Die NO-vermittelte Weitstellung der Gefäße verbessert das Sauerstoffangebot des Herzens, während zugleich der myokardiale Sauerstoffverbrauch durch eine Verminderung der Vor- und Nachlast verringert wird. Dadurch erhöht sich die Anginaschwelle der Patienten, was ein effektiveres und angstfreies Training ermöglicht.

■ Sonja Kauffmann

Quellen: Beltrame JF et al. Arch Intern Med 2009;169:1491–99; Piepoli MF et al. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2010;17:1–17; Informationen der G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG

Auch wenn nur der systolische RR erhöht ist

Geeignete Hochdrucktherapie verhindert Komplikationen

— Die isoliert systolische Hypertonie (ISH) gilt heute als eigenständiges Krankheitsbild. Per definitionem liegen die Blutdruckwerte systolisch ≥ 140 und diastolisch < 90 mmHg. Laut Prof. Jürgen Scholze, Berlin, entsteht sie oft auf der Basis hypertoniebedingter vaskulärer Veränderungen. Eine Schlüsselrolle spielt die nachlassende Elastizität der Aorta mit Reduktion der „Windkesselfunktion“. Gleichzeitig führen Atherosklerose und Remodelling peripherer Gefäße zu einem Anstieg des peripheren Widerstands. Die Folge ist eine vorzeitige und verstärkte Reflexion der Pulswelle. Dies führt dazu, dass der systolische Blutdruck steigt, der diastolische dagegen eher abfällt. Betroffen sind vor allem ältere Hypertoniker, hypertensive Typ-2-Diabetiker und Hochdruckpatienten mit chronischer Niereninsuffizienz.

Die optimale Riskoreduktion bei ISH erfordert eine antihypertensive Therapie, die

zusätzlich antiproliferativ und antiatherosklerotisch wirkt, die Gefäßelastizität verbessert und metabolisch neutral ist. Diese Ansprüche erfüllt die Kombination eines Kalziumantagonisten mit einem ACE-Hemmer: Klinisch-experimentelle Studien belegen, dass diese Wirkstoffkombination das vaskuläre Remodelling und die Einengung des Gefäßlumens zumindest partiell zurückbilden kann.

Bewährtes Duo: ACE-Hemmer plus Kalziumantagonist

Die klinische Evidenz für das Duo Kalziumantagonist/ACE-Hemmer lieferte die ACCOMPLISH-Studie mit über 11000 Hypertonikern: Die mit dieser Kombination behandelten Patienten hatten eine um 20% geringere Herzinfarkt- und Schlaganfallrate als diejenigen, die ein Thiaziddiuretikum plus ACE-Hemmer erhalten hatten. In der Praxis haben sich antihypertensive

Fixkombinationen, z. B. Nitrendipin/Enalapril, als vorteilhaft erwiesen.

Weitere Evidenz für die Kombination Kalziumantagonist/ACE-Hemmer lieferte die placebokontrollierte Syst-EUR-Studie mit 4695 Hypertonikern. Eine im Mittel zweijährige Behandlung mit Nitrendipin – bei nicht ausreichender Wirkung plus Enalapril und ggf. HCT – senkte die Schlaganfallrate um 42% und die Häufigkeit aller kardiovaskulären Endpunkte um 31%. Einen besonders hohen Nutzen aus der Therapie zog die Hochrisikogruppe der Diabetiker mit einer Reduktion der Schlaganfallrate um 69%, der kardialen Ereignisrate um 57% und der kardiovaskulären Sterblichkeit um 70%.

■ Dr. med. Kirsten Westphal

Quelle: Symposium „Isoliert Systolische Hypertonie – eine eigenständige Erkrankung?“, Hochdruckliga-Kongress, Berlin, 10. Dezember 2011 (Veranstalter: Merck)