enten der PCI die Chance, eine Prognoseverbesserung herbeizuführen, verwehrt wurde.

Diese Kritik hat man sich bei der Planung der laufenden ISCHEMIA-Studie zu Herzen genommen. Diese Studie, so hoffen Experten, wird endgültig klären, was der Stellenwert der invasiven Therapie bei stabiler KHK ist.

Medikamentöse Therapie zunächst konsequent ausschöpfen

Bis es soweit ist, lässt sich folgende Empfehlung geben: Bei stabiler KHK sollte zunächst die medikamentöse Therapie konsequent ausgeschöpft werden. Patienten,

die unter dieser Behandlung weitgehend symptomfrei oder oligosymptomatisch sind, können zunächst in der hausärztlichen Versorgung konservativ weiterbehandelt werden, ohne dass ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse in Kauf genommen werden muss.

Sind etwa beim Belastungstest stärker ausgeprägte Ischämien nachweisbar oder bestehen medikamentös nicht ausreichend zu lindernde Beschwerden, sollte eine Revaskularisation zur Verbesserung der Lebensqualität angestrebt werden.

(Peter Overbeck)

Ärzte Zeitung, 02.07.2013

Antianginosa-Arsenal mit Zuwachs

Wirksame Hilfe bei quälendem Brustschmerz

Das Arsenal der Antianginosa hat mit Ivabradin und Ranolazin Zuwachs bekommen.

Betablocker senken Herzfrequenz und Kontraktilität und verringern so den Sauerstoffbedarf des Myokards. Nach Myokardinfarkt und bei Herzinsuffizienz verringern sie Morbidität und Mortalität. Bei stabiler KHK werden deshalb vor allem beta-1-selektive Betablocker als Antianginosa der ersten Wahl empfohlen.

Kalziumantagonisten mit ähnlich guter Wirkung wie Betablocker

Kalziumantagonisten wirkten in Vergleichsstudien ähnlich gut antianginös wie Betablocker. In einer Langzeitstudie hatte Verapamil bei stabiler KHK den gleichen Einfluss auf Mortalität und Lebensqualität wie Metoprolol. Eine Metaanalyse ergab, dass langwirksame Kalziumantagonisten bei KHK jeweils signifikant die Rate der Schlaganfälle und Angina-pectoris-Attacken sowie das Risiko für Herzinsuffizienz reduzieren, ohne die Mortalität zu beeinflussen.

Nitrate sind zur symptomatischen Therapie vor allem indiziert, wenn Betablocker kontraindiziert oder nicht ausreichend wirksam sind. Nitrate dürfen nicht gleichzeitig mit PDE-Hemmern wie Sil-

denafil verabreicht werden. Kurz wirksame Nitrate wie Glyceroltrinitrat werden zur Kupierung von Angina-pectoris-Attacken genutzt.

Wirkstoff-Zuwachs bei den Antianginosa

Mit Ivabradin (Procoralan®) und Ranolazin (Ranexa®) haben zwei neue Antianginosa Eingang in die KHK-Therapie gefunden. Ivabradin wirkt über eine reine Frequenzsenkung. Die Substanz ist zur symptomatischen KHK-Therapie als Alternative zum Betablocker (bei Unverträglichkeit, Kontraindikation) zugelassen; sie kann auch kombiniert mit Betablockern verordnet werden bei Patienten, die trotz optimaler Betablockerdosis unzureichend eingestellt sind und eine Herzfrequenz über 60 Schläge pro Minute haben.

Ranolazin ist indiziert bei Patienten, die trotz Therapie mit Betablockern oder Kalziumantagonisten rezidivierende Ischämien mit Symptomen haben oder bei denen herkömmliche Antianginosa kontraindiziert sind. Ranolazin wirkt in der Herzmuskelzelle über eine selektive Hemmung des bei Ischämie erhöhten späten Natriumeinstroms. (ob)

Ärzte Zeitung, 02.07.2013

ÜBRIGENS...

... macht es bei Diabetikern mit KHK prognostisch keinen Unterschied, ob bei ihnen Angina-pectoris-Symptome bestehen oder nicht – das kardiovaskuläre Risiko ist auf längere Sicht gleich, ergab eine Post-hoc Analyse von Daten der BARI-2D-Studie.

... ist bei Männern und Frauen mit stabiler KHK das kardiovaskuläre Risiko nahezu gleich. Wie eine Analyse der Daten von fast 31.000 KHK-Patienten aus dem CLARIFY-Register ergab, war trotz der zum Teil sehr unterschiedlichen Risikoprofile die Inzidenz klinischer Ereignisse (kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall) mit 1,7% vs. 1,8% nach einem Jahr in beiden Gruppen nahezu gleich.

www.springermedizin.de/Sommerakademie

In der e.Akademie von Springer Medizin können Sie bis zum 28. August 2013 kostenfrei punkten.

Zum Thema „KHK“ finden Sie unter www.springermedizin.de/sommerakademie den Kurs „**Diagnostik der koronaren Herzkrankheit**“. Um teilnehmen zu können, geben Sie bitte die Fortbildungs-Identifikationsnummer (FIN) in das entsprechende Feld ein.

FIN: SOAK1319

kostenlos teilnehmen bis 28.08.2013

Viel Erfolg beim Punktesammeln!

Mit rund 1000 Kursen – viele davon als multimediale E-Learning-Formate – ist die e.Akademie Deutschlands erste Adresse für Online-CME-Fortbildung.

Die e.Akademie ist ein Modul von e.Med, dem Zugang zu allen digitalen Inhalten von Springer Medizin.

Testen Sie die e.Akademie 30 Tage lang kostenlos mit e.Med: www.springermedizin.de/eMed.