Breite Palette von Wirkstoffen

KHK-Therapie: Damit leben Patienten länger

Neben der Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität ist die Verhinderung von Herzinfarkten und vorzeitigem Tod ein wesentliches Ziel der KHK-Therapie.

Heute sterben deutlich weniger Menschen an den Folgen einer KHK als noch vor zwei Jahrzehnten (**Infobox**). Berechnungen zufolge ist dieser Rückgang der Mortalität zum großen Teil auf Fortschritte in der medikamentösen Therapie zurückzuführen. Von Bedeutung sind vor allem die verbesserte Sekundärprävention nach Myokardinfarkt sowie Fortschritte in der frühen Therapie bei akutem Koronarsyndrom. Es steht eine breite Palette von Wirkstoffen zur Verfügung, die in Studien einen günstigen Effekt auf Morbidität und Mortalität bewiesen haben.

Neue Plättchenhemmer in ESC-Leitlinie weit vorne

Als Basismedikation bei KHK wird der Thrombozytenhemmer Acetylsalicyl-

säure (ASS) in niedriger Dosierung empfohlen. Clopidogrel reduzierte bei Patienten mit Gefäßerkrankungen (darunter auch stabile KHK) kardiovaskuläre Komplikationen etwas stärker als ASS. Nach akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI) wurde durch eine bis zu einjährige Therapie mit Clopidogrel (plus ASS) die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse signifikant gesenkt. Zwei Studien belegen, dass eine ASS/Clopidogrel-Therapie beim ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) ischämische Ereignisse verhindert und die Sterberate senkt.

Mit Prasugrel (Efient®) ist seit 2009 ein neuer Thrombozytenhemmer verfügbar. Bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom führte Prasugrel zu einer stärkeren Senkung speziell von Myokardinfarkten als Clopidogrel. Seit Anfang 2011 ist mit Ticagrelor (Brilique™) ein weiterer Plättchenhemmer mit der Indikation akutes Koronarsyndrom auf dem Markt, der in einer Studie auch in puncto Mortalität Clopidogrel überlegen war. In den Leitlinien der ESC rangieren beide neuen Plättchenhemmer inzwischen bei der Indikation akutes Koronarsyndrom (STEMI, NSTEMI) als First-line-Therapie vor Clopidogrel.

Betablocker gehören zur Standardmedikation bei KHK. Ihre günstige prognostische Wirkung ist vor allem in der Sekundärprävention nach Herzinfarkt dokumentiert.

Bei KHK Lipide senken: 100 mg/dl gilt heute als Zielwert

Der Nutzen der Lipidsenkung mit Statinen ist bei einem breiten Spektrum von Patienten mit KHK oder hohem KHK-Risiko dokumentiert. Eine Metaanalyse kommt zu dem Ergebnis, dass eine Reduktion des LDL-Cholesterins um 1,0 mmol/l (39 mg/dl) innerhalb von fünf Jahren die Gesamtmortalität signifikant um 12% und die Rate tödlicher Koronarkomplikationen um 19% verringert.

Infobox KHK-Mortalität sinkt

- Die Sterberate für Koronarerkrankungen hat sich seit den frühen 80er-Jahren in den Ländern der EU halbiert¹
- In einigen Ländern wie Ungarn, Litauen oder Polen war die Reduktion der KHK-Sterberate allerdings vergleichsweise gering, in Rumänien wurde sogar ein leichter, aber signifikanter Anstieg beobachtet.

¹Eur Heart J 2013, online 26. Juni 2013

Bei allen KHK-Patienten ist heute ein LDL-Cholesterin von 100 mg/dl Zielwert für die Lipidsenkung. Bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko wird eine noch stärkere Senkung auf 70 mg/dl als optional empfohlen. Bei Unverträglichkeit oder nicht ausreichender Wirkung einer Statintherapie bietet sich die freie Kombination eines Statins in niedrigerer Dosierung mit dem Cholesterinresorptionshemmer Ezetimib oder eine fixe Simvastatin/Ezetimib-Kombination (Inegy®) zur Erreichung der LDL-Zielwerte an.

ACE-Hemmer bessern die Prognose bei Herzinsuffizienz/linksventrikulärer Dysfunktion nach Myokardinfarkt. Valsartan hat sich bei Hochrisikopatienten mit dieser klinischen Konstellation einem ACE-Hemmer in der Wirkung auf die Gesamtsterberate als ebenbürtig erwiesen. Bei KHK ohne Herzinsuffizienz haben Ramipril und Perindopril einen günstigen Einfluss auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität gezeigt. Telmisartan hat in einer großen Studie im Vergleich mit Ramipril äquivalente Wirksamkeit bei besserer Verträglichkeit bewiesen.

Die europäischen KHK-Leitlinien empfehlen ACE-Hemmer insbesondere bei KHK-Patienten mit Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, linksventrikuläre Dysfunktion oder Diabetes mellitus.

(Peter Overbeck)

Thrombozytenhemmer, Statine, Betablocker und ACE-Hemmer: Optionen zur Reduktion von Morbidität und Mortalität bei KHK.