Medikamente verbessern
Symptomatik und Prognose.

© Gina Sanders / fotolia.com

Zwei Ziele

Stabile KHK: Erfolg mit Arzneien

In der medikamentösen Therapie bei stabiler KHK werden zwei Ziele verfolgt: Bekämpfung der belastenden Symptome und Verhinderung kardiovaskulärer Ereignisse.

Zur raschen Beseitigung von pektanginösen Attacken können bedarfsweise schnell wirkende Nitrate (Nitroglycerine) genutzt werden. Als Medikamente der ersten Wahl zur antiischämischen und antianginösen Therapie empfehlen die ESC-Leitlinien Betablocker und Kalziumantagonisten (IA-Empfehlung). Betablocker senken Herzfrequenz und Kontraktilität und verringern so den Sauerstoffbedarf des Myokards.

Nach Myokardinfarkt und bei Herzinsuffizienz verringerten sie Morbidität und Mortalität. Ob Betablocker jenseits ihrer symptomatischen Wirkung auch von präventivem Nutzen bei stabiler KHK sind, wird allerdings inzwischen durch mehrere Studien infrage gestellt.

Rate der Schlaganfälle gesenkt

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.

Die neueren Antianginosa Ivabradin (Procoralan®) und Ranolazin (Ranexa®) werden in den Leitlinien neben langwirksamen Nitraten als Substanzen der zweiten Wahl empfohlen.

Alternative zum Betablocker

Ivabradin, das über eine reine Frequenzsenkung antianginös wirksam ist, ist zur symptomatischen KHK-Therapie als Alternative zum Betablocker zugelassen; die Substanz kann auch kombiniert mit Betablockern verordnet werden bei Patienten, die trotz optimaler Betablockerdosis unzureichend eingestellt sind und eine erhöhte Herzfrequenz aufweisen.

In der 2014 vorgestellten Studie SIGNIFY hat Ivabradin bei KHK-Patienten ohne Herzinsuffizienz keinen Einfluss auf die Krankheitsprogression gezeigt. Bei Patienten mit Angina pectoris war die Therapie sogar mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. Allerdings war die in der Studie verwendete Dosis höher als die zugelassene Dosis.

Die EMA hat nach Abschluss ihrer Sicherheitsprüfung von Ivabradin Empfeh-

Antianginöse KHK-Therapie

- Als **Medikamente der ersten Wahl** zur antischämischen und antianginösen Therapie empfehlen die ESC-Leitlinien Betablocker und Kalziumantagonisten.
- **Ob Betablocker** auch von präventivem Nutzen bei stabiler KHK sind, wird inzwischen durch mehrere Studien infrage gestellt.

lungen veröffentlicht, wie sich Risiken bei dessen Anwendung in der KHK-Therapie minimieren lassen. Unter anderem wird auf strikte Einhaltung der Dosisvorschriften geachtet.

Plättchenhemmung zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse

Ranolazin ist indiziert bei Patienten, die trotz Therapie mit Betablockern oder Kalziumantagonisten rezidivierende Ischämien mit Symptomen haben oder bei denen herkömmliche Antianginosa kontraindiziert sind. Zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse wie Herzinfarkt und Tod empfehlen die Leitlinien bei stabiler KHK die Plättchenhemmung mit niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS).

Ein weiterer Baustein der präventiven Therapie mit Klasse-IA-Empfehlung ist die Lipidsenkung mit Statinen. Zudem werden ACE-Hemmer empfohlen, wenn bestimmte Begleitumstände dafür sprechen.

(Peter Overbeck)

www.aerztezeitung.de