Was ist neu in der medikamentösen Therapie?
Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

Patienten mit Angina pectoris

Fast zwei Drittel haben keine Gefäßstenose

— Eine aktuelle Versorgungsstudie bestätigt, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten mit pektanginösen Beschwerden nicht an einer stenosierenden KHK leidet und deshalb andere Ischämie-Ursachen berücksichtigt werden müssen.

In der Studie mit dem Kürzel THINK wurden 2500 Patienten analysiert, bei denen aufgrund eines KHK-Verdachts eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt wurde, erläuterte Dr. Dirk Westermann, Charité Berlin. Etwa drei Viertel der Patienten klagten über typische Angina-Beschwerden mit im Median 3,75 Attacken pro Woche; 50% der Patienten waren davon mäßiggradig, 30% höhergradig eingeschränkt. Bei 45% der Patienten stand Luftnot im Vordergrund.

62% der Patienten ohne makroskopische Stenosen

Obgleich die Patienten ein typisches kardiovaskuläres Risikoprofil nebst positivem Ischämie-Befund aufwiesen, schloss der Herzkatheter bei 62% der Patienten atherosklerotische Koronarstenosen als Ur-

sache der Beschwerden aus, berichtete Westermann.

Zu ähnlichen Befunden kam auch schon die Ancona-Studie von Ong, Sechtem et al. (JACC 2011): Nur bei knapp 50% der 300 Patienten mit KHK-Verdacht förderte der Herzkatheter hier behandelbare Koronarstenosen zutage, so Westermann. Bei über 60% der übrigen Patienten konnten hingegen epikardiale Spasmen oder mikrovaskuläre Störungen nachgewiesen werden.

Alternative Ursachen der kardialen Ischämie

Prof. Lars Maier, Göttingen, erinnerte daran, dass neben der obstruktiven KHK weitere Ursachen zu Angina führen können, die zu wenig beachtet werden. Dazu zählen z. B. endotheliale Funktionsstörungen, „small vessel disease“, diastolische Dysfunktion oder Herzhypertrophie. Eine wichtige Bedeutung haben Maier zufolge auch Veränderungen der Ionenströme an der Herzmuskelzelle, die zu einem pathologisch erhöhten späten Natrium-Einstrom führen. Die Folge ist ein Circulus vitiosus: erhöhte Wandspannung, Druck auf die versorgenden Gefäße, reduzierte Mikrovaskularisation, vermehrte Angina-Beschwerden.

Leitlinie empfiehlt prognostische und symptomatische Therapie

Beschwerdefreiheit, Belastungsfähigkeit und Verminderung KHK-assoziiierter psychischer Beschwerden gehören neben der Prognoseverbesserung zu den Therapiezielen bei KHK, erinnerte Prof. Johann Bauersachs, Hannover. Aus prognostischer Sicht sind ASS, Statin, ACE-Hemmer und Betablocker Pflicht für KHK-Patienten.

Bei pektanginösen Beschwerden können auch Veränderungen der Ionenströme an der Herzmuskelzelle eine Rolle spielen.

Kurz notiert

Candesartan generisch ► Zum Patentablauf der Angiotensin-II-Antagonisten werden Candesartan-ratiopharm® und Candesartan-ratiopharm® comp. eingeführt. Die Präparate sind laut der Firma ratiopharm indikationsgleich und bioäquivalent zum Original mit einem Preisvorteil von 65%. Außerdem sind sie komplett zuzahlungsbefreit.

Asthma am Arbeitsplatz ► Bei der Betreuung von Asthmapatienten im beruflichen Umfeld besteht Optimierungspotenzial. Zu diesem Schluss kam ein Expertengremium aus Pneumologen und Betriebsärzten. Konkrete Empfehlungen für den behandelnden Arzt und Betriebsarzt sowie ein Screening-Fragebogen für das Konsultationsgespräch sind nun in Vorbereitung. Mundipharma

Wenn Betablocker nicht gegeben werden können oder nicht ausreichend anti-anginös wirken, sollten laut KHK-Leitlinie Alternativen verschrieben und, so Bauersachs, deren Wirksamkeit auch überprüft werden. Dazu zählen Kalziumantagonisten, wirksam v. a. bei epikardialen Spasmen, Nitrate, Ivabradin (sinnvoll bei hoher Herzfrequenz) und nicht zuletzt Ranolazin, das den späten Natriumeinstrom blockiert und auf diese Weise die myokardiale Perfusion auf zellulärer Ebene verbessert.

■ Dr. Dirk Einecke
Quelle: Pressekonferenz „Voices – Versorgung von Patienten mit rezidivierender myokardialer Ischämie in Deutschland“, DGK-Frühjahrstagung, Mannheim, April 2012 (Veranstalter: Berlin-Chemie)