Belastungsinduzierte Angina pectoris

Trotzdem angstfrei Sport treiben?

— Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und stabiler Angina pectoris sollten regelmäßig Sport treiben. Schon täglich zwanzig Minuten Ergometertraining können das ereignisfreie Überleben signifikant verbessern. Dies zeigte eine Studie, in der die körperliche Betätigung mit dem Effekt einer sofortigen perkutanen Intervention (PTCA) verglichen wurde. Die Ereignisrate lag nach zwölf Monaten bei 12% vs. 30% in der Sport- bzw. PTCA-Gruppe ($p = 0,023$) (Hambrecht R et al. Circulation 2004; 109: 1371–1378).

Die Bewegungstherapie sollte behutsam unter Aufsicht gestartet und allmählich gesteigert werden. Dr. Martin Grunze, Usedom, beschrieb das Vorgehen bei Herzinsuffizienz und stabiler Angina pectoris ohne weitere Komplikationen: „In einer ersten Trainingseinheit unter kardiologischer Aufsicht sollte auf Ischämiezeichen, ventrikuläre Tachykardien und den Blutdruck geachtet werden“, erläuterte Grunze. „Danach genügt anfangs drei- bis viermal wöchent-

lich moderates Ausdauertraining.“ Später, in der ambulanten Phase, könne der Patient schwimmen, wandern oder radeln, „bis ihm warm wird und er tiefer atmen muss, aber noch zusammenhängend sprechen kann.“ Dies sei bei etwa 40–55% der maximalen individuellen Herzfrequenz der Fall. Bei Zeichen der Herzinsuffizienz wie rasche Gewichtszunahme, Nykturie oder Ödemen sollte der Arzt konsultiert werden.

„Patienten mit stabiler KHK ohne Herzinsuffizienz werden mindestens fünfmal wöchentlich je 30 Minuten Sport empfohlen“, ergänzte Madlen Uhlemann, Leipzig. „Die Intensität sollte 60–70% der maximalen Leistungsfähigkeit betragen, die zuvor im Ergometertest ermittelt wurde – nahe der anaeroben Schwelle.“

Um allen KHK-Patienten eine angstfreie körperliche Betätigung zu ermöglichen, sind Nitroglycerinpräparate wie Nitrolingual® ratsam: In einer randomisierten, placebokontrollierten, doppelblinden Cross-over-Studie wurde nachgewiesen, dass sie

© Lisa F. Young/istolia

Bei stabiler Angina pectoris: Training unter kardiologischer Aufsicht beginnen.

die Zeit bis zum Auftreten von Angina pectoris, die Zeit bis zum Auftreten einer klinisch relevanten ST-Strecken-Senkung und damit die körperliche Belastbarkeit dosisabhängig erhöhen (Thadani U et al. Clin Med Insights Cardiol 2012; 6: 87–95).

■ Simone Reisdorf

Quelle: Symposium: „Interventionelle Kardiologie durch Training überflüssig?“, Leipzig, Mai 2012 (Veranstalter: Pohl-Boskamp)

Moderne antihypertensive Therapie

Ziel ist, Endorganschäden zu verhindern

— Die Arteriosklerose ist zwar eine unvermeidbare Erkrankung, die mit zunehmendem Alter fortschreitet. Doch in allen Stadien, beginnend bei der Hypertonie ohne Endorganschäden bis hin zur schweren Herz- oder Niereninsuffizienz, ist eine wirksame medikamentöse Intervention möglich. Dies gilt besonders im Hinblick auf die arterielle Hypertonie.

„Ein nicht ausreichend eingestellter Blutdruck führt aber auch zu kognitiven Störungen bis hin zur Demenz“, sagte Prof. Rainer Kolloch, Bielefeld. Entsprechende Studien hätten gezeigt, dass eine gute Blutdruckeinstellung v. a. auch bei betagten Patienten vor kognitiven Einbußen schütze. Deshalb profitierten auch über 80-jährige Patienten im Hinblick auf kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse von einer optimalen Blutdruckeinstellung.

Um das Risiko einer Endorganschädigung zu minimieren, sollten bei Hypertonikern ohne besondere Risiken Blutdruckwerte $< 140/90$ mmHg, mit Endorganschäden Werte von $130/80$ mmHg angestrebt werden. Doch die notwendige Therapieanpassung erfolgt bei Patienten, die mit einer Monotherapie nicht ausreichend eingestellt sind, häufig nicht. Insgesamt dürften nur ein Drittel der Hypertoniker mit einer Monotherapie und ein weiteres Drittel mit einer Zweifachkombination ausreichend einstellbar sein, ein weiteres Drittel benötigt mindestens drei Substanzen.

Als Einstieg in die antihypertensive Therapie empfiehlt sich insbesondere bei Typ-2-Diabetikern ein Hemmstoff des Renin-Angiotensin-Systems wie ACE-Hemmer oder AT₁-Blocker, da für diese Substanzgruppen eine über die Blutdrucksenkung hinausgehende organprotektive Wirkung angenommen werden kann.

Als Kombinationspartner stehen Diuretika oder Kalziumantagonisten zur Verfügung. Doch letztere erwiesen sich in einem direkten Vergleich im Hinblick auf die Verhinderung der Endorganschäden den Diuretika überlegen. „Durch eine Fixkombination wie beispielsweise Olmesartan plus Amlodipin (Vocado®) lässt sich die Compliance deutlich verbessern“, so Kolloch. Sollte die Zweifachkombination nicht ausreichen, empfiehlt sich die zusätzliche Gabe des Diuretikums (Vocado® HCT). Damit können über 80% aller Hypertoniker ausreichend eingestellt werden.

■ Dr. med. Peter Stiefelhagen

Quelle: Satellitensymposium „Hypertoniebehandlung zur kardiovaskulären Prävention“, DGIM-Kongress, Wiesbaden, April 2012 (Veranstalter: Berlin-Chemie)