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

Symptomatische KHK

Angina pectoris trotz Stent – was hier hilft

Das sollten Sie ihr ersparen!

— Was gibt es Neues in der Therapie der symptomatischen KHK? Stellung zu den Themen Bewegung, Ernährung und Medikation bezog Prof. Bernhard Schwaab, Ärztlicher Leiter der Curschmann-Klinik Timmendorfer Strand, bei einem Symposium auf dem deutschen Herz-kongress 2017.

„Angina pectoris reduziert die Lebensqualität und die Lebenserwartung. Um Patienten, die nach koronarer Revaskularisierung weithin Stenokardien beklagen, müssen wir uns deshalb besonders kümmern“, so Schwaab.

Regelmäßiges körperliches Training ist wichtig

„Regelmäßiges körperliches Training ist für Patienten mit Angina pectoris immer eine gute Idee, auch nach einem Herzinfarkt“, so Schwaab. Die Evidenz

ist groß, Morbidität und Mortalität werden signifikant reduziert. Empfohlen wird Bewegung mittlerer Intensität an jedem zweiten Tag.

Auch eine mediterrane Ernährung scheint das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen zu reduzieren, selbst bei optimal medikamentös behandelten Patienten. Der Effekt ist unabhängig von der Höhe des LDL-Cholesterinwerts.

Bei KHK-Patienten mit Angina und normaler Auswurfraction ist eine hohe Herzfrequenz ungünstig. Wird die Ruhfrequenz auf Werte zwischen 60–70 Schläge/min gesenkt, so reduziert dies die Beschwerden und verbessert die Lebensqualität, erläuterte Schwaab.

Therapeutikum der Wahl ist ein Betablocker, der aber häufig von den Patienten nicht in voller Dosis vertragen wird. Als Kombinationspartner steht der I₁-Kanalhemmer Ivabradin (Procoralan®) zur Verfügung. Eine Kombination mit Metoprolol ist günstig, eine gemeinsame Gabe mit Verapamil oder Diltiazem verbietet sich.

Fixkombination von Vorteil

Für manche Patienten kann es vorteilhaft sein, Ivabradin und Metoprolol fix zu kombinieren (Implicor®). „Die Kombination zweier niedrig dosierter Medikamente steigert Wirkung und Adhärenz, während Nebenwirkungen seltener werden“, so Schwaab. Einer aktuellen Studie [Divchev D, DGK-Frühjahrs-tagung 2017, Poster 1694] zufolge verbessert die Fixkombination im Vergleich zur Einzelsubstanzgabe die Adhärenz (58% vs. 34% nach vier Monaten). Da-

durch reduzierte sich auch die Häufigkeit der Angina-Attacken deutlich. ■

Dr. Dirk Einecke

▪ Satellitensymposium „Interdisziplinäres Update: Herz, Hochdruck, Lifestyle und Psyche“, 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung; Mannheim, April 2017 (Veranstalter: Servier)

Es gibt gute Gründe, nicht von TDF auf TAF zu wechseln

Die Kombination aus Tenofoviridisoproxilfumarat (TDF) und Emtricitabin (3TC) ist in der HIV-Therapie gut etabliert. Das TDF-Nachfolgepräparat Tenofovirafenamid (TAF) hat Vorteile gegenüber TDF: Die Konzentration des aktiven Metaboliten Tenofovir ist in den T-Helferzellen um das Vierfache erhöht. Zugleich ist die Plasmakonzentration geringer, weshalb TAF eine bessere ossäre und renale Verträglichkeit besitzt.

Nach Dr. Dirk Berzow, Hamburg, gibt es dennoch gute Gründe, die Behandlung mit TDF/3TC beizubehalten: lange TDF-Vortherapie, gute Patientenerfahrung sowie das Fehlen einer potenziell nephrogenen Komorbidität, z. B. Hypertonus oder Diabetes, oder eine nephrotoxische Komedikation. Ebensowenig umstellen würde er z. B. Schwangere oder Frauen mit Kinderwunsch. Angesichts der vierfach höheren Zellkonzentration könne es zu seltenen Nebenwirkungen kommen, die möglicherweise erst Jahre später manifest werden. Darüber hinaus gebe es Patienten mit Lipidstoffwechselstörungen, für die die cholesterinsenkende Wirkung von Tenofoviridisoproxil von Vorteil sein könnte. ■

Dr. Martina Utzt

▪ Symposium „Backbones 2017 – interaktiv diskutiert“, 7. Münchner AIDS- und Hepatitis-Werkstatt; München, März 2017 (Veranstalter: Hexal)