Belastungsinduzierte Angina pectoris Trotzdem angstfrei Sport treiben?

Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und stabiler Angina pectoris sollten regelmäßig Sport treiben. Nitroglycerinpräparate können ihnen dabei helfen.

■ Schon täglich zwanzig Minuten Ergometertraining können das ereignisfreie Überleben von KHK-Patienten 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% in der Sportgruppe versus 30% in der PTCA-Gruppe ($p = 0,023$).

Eine Bewegungstherapie sollte bei KHK-Patienten behutsam unter Aufsicht gestartet und allmählich gesteigert werden. Dr. med. Martin Grunze, Usedom, beschrieb das Vorgehen bei Herzinsuffizienz und stabiler Angina pectoris ohne weitere Komplikationen: „In einer ersten Trainingseinheit unter kardiologischer Aufsicht sollte auf Ischämiezei-

chen, ventrikuläre Tachykardien und den Blutdruck geachtet werden“, erläuterte Grunze. „Danach genügt anfangs drei- bis viermal wöchentlich 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

© Patrizia Tilly / fotolia.com

Mit einem Nitrospray bleiben KHK-Patienten länger symptomfrei.

Nitroglycerinpräparate wie Nitrolingual® raten: In einer randomisierten, placebokontrollierten Crossover-Studie wurde nachgewiesen, dass sie 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. (sir) ■

■ Symposium, Leipzig, Mai 2012 (Veranstalter: Pohl-Boskamp)

Kardiale Resynchronisation in der Herzinsuffizienztherapie etabliert 90% bekommen heute eine CRT kombiniert mit einem Defi

Die kardiale Resynchronisationstherapie verbessert sofort die Kontraktilität, ohne dass der myokardiale Sauerstoffverbrauch zunimmt. Damit senkt sie die Morbidität und Mortalität der Patienten. Am besten sprechen Patienten mit einer QRS-Breite über 150 ms und einem Linksschenkelblock an.

■ Indiziert ist die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) für optimal medikamentös behandelte Patienten in den NYHA-Stadien III–IV mit einer Ejektionsfraktion $\leq 35\%$, Sinusrhythmus und verbreitertem QRS-Komplex (≥ 120 ms). Bei Patienten im NYHA-Stadium II gelten eine QRS-Breite > 150 ms und ein Linksschenkelblock als Kriterien für eine CRT, erklärte Dr. Mathias Meine vom Universitair Centrum Utrecht (Niederlande).

Weitere Kriterien für einen Erfolg der CRT sind weibliches Geschlecht, mechanische Dyssynchronie, Fehlen von ausgedehnten

Narbenarealen, eine ideale Position der Elektrode sowie die Programmierung der AV- und VV-Intervalle. „Bei der überragenden Datenlage für eine Besserung der Prognose ist ein Verzicht auf die CRT nur zu rechtfertigen, wenn eine Kombination mehrerer negativer Kriterien vorliegt“, meinte Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Lemke, Chefarzt der Medizinischen Klinik III am Klinikum Lüdenschied.

Gemessen an einem kombinierten klinischen Endpunkt, der Überleben, Hospitalisierungen und klinische Parameter wie die NYHA-Klasse einschließt, liegt die globale CRT-Responderate bei rund 70%. Eng mit der Mortalität korreliert ist die Abnahme des endosystolischen linksventrikulären Volumens als Zeichen für das reverse Remodeling. Gemessen an diesem echokardiografischen Parameter können Responderaten von 55–60% erwartet werden, so Lemke.

Der plötzliche Herztod macht ein Drittel der Gesamtletalität von Patienten mit Herz-

insuffizienz aus. Dieses Risiko kann durch eine zusätzliche ICD-Funktion halbiert werden. In den Leitlinien überschneiden sich die Indikationen für die CRT und den Defibrillator in erheblichem Umfang. Deshalb wird heute bei 90% der Patienten ein kombiniertes CRT-D-Gerät eingesetzt.

Der Nutzen des zusätzlichen ICD ist jedoch bei Patienten in den Stadien NYHA III–IV nicht eindeutig gesichert und die Kosteneffektivität ist gering. Bei alten Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz kann durchaus die Implantation eines reinen CRT-P-Systems gerechtfertigt sein, argumentierte Prof. Christoph Stellbrink, Chefarzt der Klinik für Kardiologie am Klinikum Bielefeld.

(abi) ■

■ Symposium, 78. Jahrestagung der DGK, Mannheim 12. April 2012 (Veranstalter: Boston Scientific)