Medikamentöse Therapie der KHK

Wenn sich Ischämien interventionell nicht beheben lassen

Keine Frage, die interventionelle Therapie der KHK mittels Bypassoperation oder PCI ist die vorrangige Therapie bei symptomatischen KHK-Patienten. Doch nicht alle KHK-Patienten sind vollständig revaskularisierbar, sodass eine antiischämische medikamentöse Therapie erforderlich ist. Gleiches gilt für Hypertoniker mit Myokardischämien ohne KHK.

■ Bei einer Myokardischämie geht dem typischen Angina-pectoris-Schmerz eine Kaskade von Prozessen voraus. So wird zunächst die Relaxation, später dann die systolische Funktion des Myokards gestört, bevor EKG-Veränderungen und schließlich die Angina-pectoris-Symptomatik auftreten. „Doch es gibt viele Patienten mit einer nachgewiesenen Myokardischämie ohne Angabe von Stenokardien“, sagte Dr. med. Meinhard Fliri, Kardiologe in Brixen. Diese asymptomatischen Myokardischämien seien keinesfalls harmlos, sondern im Hinblick auf die Prognose betroffener Patienten genauso gefährlich wie symptomatische.

Besonders häufig finden sich solche asymptomatischen Ischämien bei Diabetikern. „Jede fünfte Myokardischämie wird von Diabetikern nicht bemerkt und jeder dritte Diabetiker hat asymptotische Ischämien“, so Fliri. Entsprechende Untersuchungen hätten gezeigt, dass die Prognose mit der Größe des Ischämieareals korreliere. Grundsätzlich sollten deshalb asymptotische Ischämien genauso ernst und ebenso effektiv behandelt werden wie symptomatische. „Prognostisch relevant ist die Ischämie und nicht die Angina-pectoris-Symptomatik“, so Fliri.

Auch bei symptomatischen Patienten kann nicht jede Myokardischämie mithilfe einer PCI oder einer Bypassoperation beseitigt werden.

Patienten mit einer langjährigen Hypertonie geben nicht selten typische Stenokardien an, wobei jedoch koronarangiografisch eine Koronarstenose ausgeschlossen werden kann. Ursächlich verantwortlich für die Symptomatik sind mikrovaskuläre Veränderungen im Sinne eines Gefäß-Remodelings; denn die Hypertonie führt zu einer Verdickung der Gefäßwand und zu einer Störung

der Vasomotion mit konsekutiver myokardialer Ischämie. Diese wiederum induziert eine Myokardfibrose, die zu einer weiteren Abnahme der Ischämietoleranz führt.

Bei einer myokardialen Ischämie kommt es zu einem vermehrten späten Natriumeinstrom in die Myokardzelle mit konsekutiver Kalziumüberladung. Dadurch wird die Wandspannung erhöht, der Sauerstoffbedarf nimmt zu, und die Mangel durchblutung wird manifest. Mit Ranolazin (Ranexa®) steht eine Substanz zur Verfügung, die diesen späten Natrium-Influx hemmt und somit die Wandspannung herabsetzt, was wiederum die Mikrozirkulation verbessert. Darüber hinaus gibt es erste Hinweise darauf, dass Ranolazin auch eine Therapieoption bei diastolischer Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern sein könnte, da bei der Pathogenese dieser Erkrankungen ähnliche Prozesse ablaufen wie bei der Myokardischämie. (sti) ■

■ **Satellitensymposium, 118. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Wiesbaden, 15. April 2012 (Veranstalter: Berlin-Chemie)**

Weltweite Patientencharta setzt auf Aufklärung

70% der Schlaganfälle wären vermeidbar

Schlaganfallgefährdeten Patienten mit Vorhofflimmern vermeidbares Leid zu ersparen, dies ist das zentrale Anliegen einer von zahlreichen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen getragenen Patientencharta. Das weltweite Projekt setzt vor allem auf eine bessere Aufklärung über die Risiken der häufigsten Herzrhythmusstörung.

■ Vorhofflimmern ist eine der häufigsten Ursachen für einen Schlaganfall und es geht mit einer besonders schlechten Prognose einher. Durch Aufklärung und Sicherstellung präventiver Maßnahmen ließen sich nach Einschätzung von Dr. Markus Wagner von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Gütersloh, um die 70% aller Schlaganfälle ver-

meiden. Beim Vorhofflimmern unabdingbar ist in aller Regel eine konsequente Antikoagulation.

Aufgrund einer geringen therapeutischen Breite gleicht die Antikoagulation mit herkömmlichen Vitamin-K-Antagonisten einer Fahrt zwischen „Skylia und Charybdis“, wies Prof. Erland Erdmann, Direktor der Klinik III für Innere Medizin an der Universitätsklinik Köln, auf die Problematik von Marcumar® und Co. hin. Wegen der schwierigen Dosisfindung und einem nicht zu vernachlässigenden Interaktionspotenzial mit Medikamenten und Nahrungsmitteln sieht der Kölner Kardiologe Verbesserungsbedarf. Diesem Bedarf werden moderne Antikoagulanzen wie der Faktor-Xa-Hemmer Rivaroxaban (Xarelto®) offenbar gerecht, so Erdmann.

Im Zuge der ROCKET-AF-Studie erwies sich die einmal tägliche Gabe von 20 mg Rivaroxaban gegenüber einem Vitamin-K-Antagonisten als gleichermaßen effektiv. Hinsichtlich des Blutungsrisikos schnitt der Faktor-Xa-Hemmer tendenziell besser ab. Fatal verlaufende Blutungen traten signifikant seltener auf und die Inzidenz von Hirnblutungen war geringer. Die Tatsache, dass die Behandlung mit Rivaroxaban in fixer Dosierung (Dosisanpassung bei eingeschränkter Nierenfunktion) und ohne routinemäßige Laborkontrollen erfolgen kann, erleichtert Ärzten und Patienten das Leben gleichermaßen. (urm) ■

■ **Pressekonferenz, Düsseldorf-Benrath, 27. Juni 2012 (Veranstalter: Bayer Vital GmbH)**