

Medikamentöse Therapie der stabilen Angina pectoris

Der Katheter kann warten

— Vorrangige Therapieziele bei stabiler Angina pectoris (AP) sind die Verringerung der pektanginösen Beschwerden und die Optimierung der Prognose. Erreicht werden kann dies durch eine medikamentöse Therapie häufig genauso gut wie durch einen invasiven Kathetereingriff. Die Chancen für eine effektive Symptomlinderung haben sich durch neue Antianginosa wie Ranolazin (Ranexa®) weiter verbessert.

Bei stabiler AP geht es in erster Linie nicht um die Beseitigung der Koronar-

stenose, betonte Prof. Peter Baumgart, Münster. Bei optimaler medikamentöser Therapie (OMT) könne auf eine perkutane Katheterintervention (PCI) oft verzichtet werden. Dies belegen z. B. Daten der COURAGE- und der BARI-2D-Studie bei Diabetikern: Zwischen OMT und PCI gab es mittelfristig beim Gesamtüberleben und der kardiovaskulären Ereignisrate keine Unterschiede.

Das Antianginosum wirkt zellulär und hämodynamisch neutral

Mit Ranolazin kann die Sauerstoffversorgung des ischämischen Myokards auf zellulärer Ebene verbessert werden. Es wirkt – hämodynamisch neutral – über eine Hemmung des pathologisch erhöhten späten Natriumeinstroms (INA-late) und der konsekutiven Kalziumüberladung. Die diastolische Relaxation wird verbessert, was mit einer Abnahme der Wandspannung, einem verringerten Energieverbrauch sowie einer erhöhten Mikrozirkulation einhergeht.

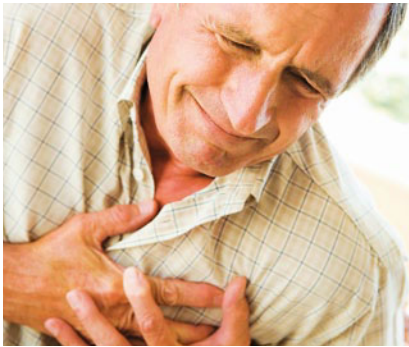
In klinischen Studien an über 8000 Patienten wurde belegt, dass Ranolazin die

Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Patienten verbessert. In der MERLIN-TIMI 36-Studie wurde durch zusätzlichen Einsatz von Ranolazin zu einer medikamentösen Standardtherapie das Risiko einer erneuten Ischämie im Verlauf eines Jahres um 13% verringert.

Das Medikament ist sicher und kann symptomatischen AP-Patienten zusätzlich zur bisherigen Therapie gegeben werden, sagte Dr. Heinz-Theo Schmitter, Köln. Er betreut in seiner Praxis mehr als 200 Patienten unter Ranolazin. Viele von ihnen sind unter der zusätzlichen Therapie beschwerdefrei geworden. Mit Nebenwirkungen, v. a. gastrointestinalen, sei bei rund einem Drittel der Behandelten zu rechnen. Nur wenige haben deshalb die Therapie abgebrochen.

■ Roland Fath

Quelle: Symposium „Den Koronarpatienten mit Begleiterkrankungen in der Hausarztpraxis richtig führen – praxisnahe Tipps zur Anamnese, Diagnostik und Therapie“, 117. Internistenkongress, Wiesbaden, Mai 2011 (Veranstalter: Berlin-Chemie)



© Photos.com plus

Das Risiko einer erneuten Ischämie kann um 13% verringert werden.

Schmerztherapie älterer Patienten

Es muss nicht immer NSAR sein

— Bei älteren Patienten mit medikamentenpflichtigen chronischen Schmerzen sind traditionelle NSAR und Coxibe häufig kontraindiziert. In der täglichen Praxis wird daran aber zu selten gedacht. Selbst für Schmerztherapeuten spielen NSAR und Coxibe immer noch eine führende Rolle. Dies ist aber bei älteren Patienten oft nicht angemessen, kritisierte Dr. Ulf Schutter, Marl.

Zahlreiche im Alter vorkommende Erkrankungen und Organeinschränkungen sind Kontraindikationen für NSAR und Coxibe oder lassen ihre Anwendung nur mit hoher Vorsicht zu, wie Schutter mit Verweis auf entsprechende Aussagen der europäischen (EMA) und englischen Arzneimittelbehörden (NICE) erläuterte: Herzinsuffizienz, Hypertonie, eingeschränkte Nierenfunktion, diabetische oder hypertone

Nephropathie, eine vorbestehende Nierenbelastung – wie sie schon die Behandlung mit Diuretika, ACE- oder AT₁-Hemmern bedeuten kann –, NSAR-bedingte gastrointestinale Blutungen, aktuelle oder anamnestiche peptische Ulzera bzw. auch nur eine niedrig dosierte ASS-Prophylaxe.

Sind bei – ohne Medikamente nicht ausreichend beherrschbaren – moderaten chronischen Schmerzen älterer Patienten NSAR und Coxibe kontraindiziert oder in verträglicher Dosierung unzureichend wirksam, und ist eine somatoforme Schmerzursache ausgeschlossen, forderte Schutter mehr Mut zur Verordnung von Opioiden. Transdermale Systeme wie Fentanyl- oder Buprenorphinpflaster (z. B. Norspan®) böten gegenüber oralen Applikationsformen Vorteile: lange Wirkdauer, gleichmäßige

Blutspiegel, Umgehung des Gastrointestinaltraktes, ein geringeres Obstipationsrisiko und fehlender First-pass-Effekt.

Relevante Substanzvorteile von Buprenorphin gegenüber anderen Opioidanalgetika gerade auch für ältere Patienten sind laut Schutter: vergleichsweise gute ZNS-Verträglichkeit, geringe Toleranzentwicklung, antihyperalgetischer Effekt, geringe Spasmogenität und geringes Pharmakointeraktionspotenzial sowie gute Eignung selbst bei schwerer Niereninsuffizienz einschließlich Dialysepflicht.

■ Werner Stingl

Quelle: Norspan®-Hintergrundgespräch „Der ältere Schmerzpatient: diagnostische Herausforderung und therapeutisches Vorgehen differenziert betrachtet“, München, April 2011 (Veranstalter: Grünenthal)