

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

Stabile Angina pectoris

KHK-Therapie an Komorbiditäten ausrichten



© Andrey Mihaylov / Alamy / mauritius images

Herzbeschwerden bei stabiler KHK – hier helfen kurzwirksame Nitrate.

— Deutschland kann sich mit breiter Brust dem Vergleich mit Europa stellen. Das gilt zumindest hinsichtlich der Therapie bei stabiler koronarer Herzerkrankung (KHK). Hier liegt die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) deutlich vor den Guidelines der europäischen Kardiologen (ESC). Dies lässt sich aus einem Vortrag von Prof. Samuel T. Sossalla folgern.

„Die ESC-Leitlinie 2019 teilt Antianginosa weiterhin in First- und Second-Line-Präparate ein“, so der Kardiologe vom Uniklinikum Regensburg. Hier sei die NVL „Chronische KHK“ deutlich fortschrittlicher, denn derzeit gebe es keinen Nachweis für eine Über- oder Unterlegenheit einer bestimmten antianginösen Therapie bezüglich ihrer symptomatischen Wirkung. Die Wahl des Medikaments sollte sich daher an

den Komorbiditäten des Patienten und den möglichen Nebenwirkungen orientieren.

Aufwertung langwirksamer Nitrate ist kritisch zu sehen

Der Kardiologe kritisierte vor allem die Aufwertung der langwirksamen Nitrate (LAN) in der ESC-Leitlinie: Hier gebe es keine Studie über mehr als wenige Wochen, meist seien weniger als 100 Patienten einbezogen. Zudem seien LAN nie auf Sicherheit getestet worden und erhöhten die endotheliale Dysfunktion. „Ich kann mir nicht erklären, warum diese Substanzen vorgezogen wurden.“ Keinen Zweifel ließ Sossalla am Nutzen kurzwirksamer Nitrate. „Diese sind Goldstandard“ und seien auch psychologisch wichtig für die Patienten.

Aber wie soll die Therapie bei Patienten mit stabiler KHK und Angina pectoris erfolgen? Zunächst müssten Blutdruck (120–140 mmHg) und Herzfrequenz (< 70/min) eingestellt werden. Sind Druck und Frequenz in Ordnung, sei der Einsatz des hämodynamisch neutralen Antianginosums Ranolazin indiziert, so Sossalla.

Ranolazin (Ranexa®) beeinflusse nicht das Frequenz-Druck-Produkt. Das beschere den Patienten eine notwendige kardiale Reserve, was die Belastbarkeit erhöht. Dies hatte zumindest ein Vergleich von Ranolazin mit Atenolol und Placebo ergeben [Am J Cardiol. 2005; 95:311]. Im Vergleich zur Placebogruppe war die Belastungsdauer auf dem Ergometer unter Atenolol 16 Sekunden und unter Ranolazin 37 Sekun-

den länger – absolut (errechnet) 415, 431 und 452 Sekunden. Zudem würden die antianginösen Effekte von Ranolazin persistieren, es gebe keine Gewöhnungseffekte. Haben die Patienten neben der Angina pectoris eine Herzinsuffizienz, führe am Betablocker kein Weg vorbei, so Sossalla.

Dr. Michael Hubert

▪ HerzUpdate – Science Lecture; Frankfurt/M., November 2019
(Veranstalter: Berlin-Chemie)

Hepatitis-Impfung: Wer B sagt, sollte auch A sagen

Hepatitis A und B sind zwei der häufigsten impfpräventablen Erkrankungen, die auf Reisen übertragen werden. Eine manifeste Hepatitis A ist nicht zu unterschätzen: In bis zu 10% der Erkrankungen können protrahierte Verlaufsformen auftreten. Bei insgesamt 0,01–0,1% der Patienten kommt es zu fulminanten und dann meist letalen Verläufen, deren Häufigkeit mit dem Alter ansteigt und die insbesondere bei Vorgeschädigten (z. B. Patienten mit chronischer Hepatitis B oder C) zu beobachten sind.

Eine Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B (Twinrix®) ermöglicht mit drei intramuskulären Injektionen die Grundimmunisierung der Patienten mit dem Schema 0-1-6 Monate. In Ausnahmefällen kann bei Erwachsenen auch ein Schnellschema mit drei Injektionen an den Tagen 0, 7 und 21 angewendet werden. Bei Anwendung dieses Schemas wird eine vierte Dosis 12 Monate nach der ersten Impfung empfohlen.

Red.

▪ Nach Informationen von GSK