

## FORTBILDUNG

Stabile Angina pectoris und Vorhofflimmern

## Neue Aspekte in der Behandlung häufiger Herz-Kreislaufenerkrankungen

Die drei nachfolgenden praxisbezogenen Artikel befassen sich mit den sehr relevanten kardiologischen Themen der konservativen Therapie der stabilen Angina pectoris, der invasiven Therapie der Angina pectoris und mit den Neuigkeiten bei der Behandlung von Vorhofflimmern. Die Prävalenz dieser Erkrankungen ist auf Grund der Altersentwicklung in den kommenden Jahren stark zunehmend.

Im ersten Artikel aus dem Reha-Zentrum Seewis wird neben den verschiedenen medikamentösen Möglichkeiten auf die Wichtigkeit der körperlichen Belastung hingewiesen. Mit dieser können die kardiale Morbidität und Mortalität signifikant gesenkt werden. Bereits 15 Minuten körperliche Aktivität pro Tag führt zu einer Mortalitätsreduktion von 14%. Neben den bewährten antianginösen Medikamenten sind auch die beiden neueren antianginösen Substanzen vielversprechend. Aus den Studien der letzten Jahre haben wir gelernt, dass die Ruhe-Herzfrequenz ein wichtiger Prognosefaktor für Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen darstellt. Insbesondere ist eine Herzfrequenz über 70/Minute mit einem erhöhten Risiko sowohl für Patienten mit Herzinsuffizienz als auch für Patienten mit koronarer Herzkrankheit assoziiert. Der If-Ionenkanalblocker Ivabradin kann zur Therapie der Angina pectoris bei Unverträglichkeit von Betarezeptorenblockern oder bei nicht ausreichender Herzfrequenz senkender Wirkung eingesetzt werden. Die Wirkung dieses Medikaments ist bei Patienten mit Angina pectoris in Studien dargelegt, dieser Effekt ist zusätzlich zur Betablockade und auch bei sehr alten Patienten zu beobachten.

Ranolazin, ein weiteres neueres antianginöses Medikament, hemmt den späten Natriumeinstrom im Kardiomyozyt. Hierdurch kommt es zu einer Verbesserung der linksventrikulären Relaxation und Abnahme der myokardialen Wandspannung mit verminderter Koronargefässkompression in der Diastole. Die Abnahme der Kal-



Dr. med. Urs N. Dürst  
Zollikon

ziumüberladung führt zu einer Vasodilatation und Steigerung der Koronarperfusion. Die antianginöse Wirksamkeit und die Sicherheit von Ranolazin bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit sind gut belegt. Gegenstand der aktuellen Forschung ist die klinische Einordnung potenzieller protektiver myokardialer und antiarrhythmischer Effekte dieser Substanz. Leider fehlen zurzeit noch grosse Endpunktstudien.

Im Artikel zur invasiven Therapie aus dem Inselspital in Bern werden die Indikationen zur invasiven Abklärung klar dargestellt. Eine komplexe 3-Gefässerkrankung sollte einer ACBP-Operation zugeführt werden, nach 4 Jahren SYNTAX Studie ist der operative Weg verglichen mit einer PCI klar der bessere. Es gibt folgende Indikationen für eine koronare Revaskularisation (PCI oder ACBP) bei Patienten mit stabiler Angina pectoris:

- ▶ Koronarangiographische Hochrisikobefunde mit einer komplexen Anatomie, welche sich für eine der beiden Revaskularisationen eignen
- ▶ eine inadäquate gute medikamentöse anti-anginöse Therapie mit weiteren signifikanten Beschwerden
- ▶ Komorbiditäten, welche eine optimale Medikation verunmöglichen und eine eingeschränkte Lebensqualität wegen Angina pectoris oder äquivalenten Beschwerden, wo die klinische Risikolösung eine Revaskularisation favorisiert.

Drei randomisierte kontrollierte Studien zu diesem Thema zeigen, dass eine prophylaktische koronare Revaskularisation nicht den Tod oder einen Myokardinfarkt bei Patienten mit stabiler Angina pectoris verhindert, ausser bei Patienten mit einem hohen angiographischen Risiko bei schwerer und extensiver koronarer Erkrankung.

Ein spannendes Thema aus der Uniklinik Basel bilden die Neuigkeiten bei der Behandlung des Vorhofflimmerns. Auch dieser Artikel ist sehr praxisbezogen. Nach einer grösseren Metaanalyse liegt die Ein-Jahres-Erfolgsrate der Pulmonalvenenisolation bei paroxysmalem Vorhofflimmern bei 72%. Wichtig sind dabei die Erfahrung des Elektrophysiologen und die Fallzahlen eines Zentrums. Je höher der CHADSVASC-Score und je länger das Vorhofflimmern andauert, desto häufiger findet man später ein erneutes Rezidiv eines Vorhofflimmerns. Auch ein grosser Vorhof hat eine schlechtere Erfolgsrate. Die Erfolgsraten sind bei einem noch nicht all zu stark fibrosiertem Vorhof, also in der Frühphase dieser Erkrankung, signifikant besser. Die nächsten Monate werden durch die neuen Gerinnungshemmer, welche sich in verschiedenen Studien gegenüber Warfarin resp. Marcoumar bewährt haben, zu einer spannenden Erfahrung jedes Arztes, welcher Patienten mit Vorhofflimmern betreut.

Mögliche erste Indikationen sind dann Patienten, welche sich mit der bisherigen OAK schlecht einstellen lassen (<67% der INR-Werte im therapeutischen Bereich), Patienten mit der seltenen Möglichkeit einer INR-Kontrolle, Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko, Patienten mit einem erhöhten Risiko einer cerebralen Blutung, Patienten mit Marcoumar-Nebenwirkungen/Unverträglichkeiten oder hohem medikamentösem Interaktionspotential, Patienten mit Status nach ischämischen Schlaganfall trotz adäquatem INR und Patienten mit sehr hohem Thromboserisiko. Multimorbide Vorhofflimmer-Patienten müssen aber trotz wegfallender INR-Kontrollen regelmässig hausärztlich gesehen werden. Es gilt bei diesen vorerst drei neuen Medikamenten, welche vor der Zulassung stehen, kritisch und aufmerksam zu bleiben.

Wir wünschen Ihnen nun viel Spass bei der Lektüre der drei wichtigen kardiologischen Artikeln.

Im Namen der Redaktion und Ihrem Board



▼ Dr. med. Urs N. Dürst Zollikon