

## Tischversion

## Stabile Angina pectoris und KHK

### Definition

Die **koronare Herzkrankheit** ist die Manifestation der Atherosklerose an den Herzkranzarterien. Diese sind isoliert oder diffus befallen, der Verlauf ist unterschiedlich progredient. Das Krankheitsbild ist multifaktoriell bedingt. Die KHK ist in den Industrieländern die Haupttodesursache.

Zur Abschätzung der Prognose (relative Wahrscheinlichkeit für Tod oder nicht-tödlichen Herzinfarkt innerhalb des nächsten Jahres) kann ein Score (s. Langfassung) herangezogen werden.

Die Therapie beinhaltet nichtmedikamentöse und medikamentöse Maßnahmen. Sie sollen zum einen die Risikofaktoren beeinflussen, zum anderen die Symptome und die Prognose der KHK bessern.

### Allgemeine Maßnahmen

**Die nichtmedikamentösen Maßnahmen** stellen die Basis der Behandlung zur Reduktion der Risikofaktoren dar.

- So verbessert regelmäßige angepasste körperliche Aktivität die Prognose (Training in Herzsportgruppen, s. MRFIT-Studie) {A}.
- Deutlich reduziert sich das Risiko für einen Herzinfarkt bei Aufgabe des Rauchens. {A}
- Mediterrane Kost senkt ebenfalls die koronare Sterblichkeit {A}.

Beratung und Schulung des Patienten zu den die Prognose verschlechternden Risikofaktoren, die über Änderungen des Lebensstils beeinflusst werden können, sind ein wesentliches Element des Managements der KHK.

### Pharmakotherapie

Die medikamentöse Therapie dient ...

- der Besserung der Prognose: ASS, Clopidogrel, Betablocker, Statine und begrenzt Diltiazem, ACE-Hemmer (bei Herzinsuffizienz). Bei Magenbeschwerden unter ASS wird empfohlen, ASS mit PPI zu kombinieren.
- der **langfristigen Besserung der Symptomatik**: Betablocker, retardierte Nitrate, Molsidomin, langwirksame Ca-Antagonisten vom 1,4-Dihydropyridin-Typ. Bei dieser symptomatischen Therapie muss die Notwendigkeit der Dauertherapie und auch der verabreichten Dosis regelmäßig überprüft werden. Bei der Nitrattherapie muss ein substanzfreies Intervall von mindestens acht Stunden innerhalb von 24 Stunden gewährleistet werden, um eine evtl. Toleranzentwicklung zu vermeiden. Bei Bedarf kann, z. B. zur Nacht, Molsidomin verabreicht werden.
- der **kurzfristigen Besserung der Symptomatik**: nichtretardierte Nitrate (als Spray oder Zerbeisskapsel).

Über die Dauer der Clopidogrel-Therapie bei beschichtetem Stent wird zur Zeit intensiv diskutiert. Es existieren Empfehlungen bis zu einem Jahr. Deswegen sollte die Behandlungsdauer individuell mit dem behandelnden Kardiologen abgestimmt werden. Bei nichtbeschichteten Stents sollte Clopidogrel 4 bis 6 Wochen neben ASS gegeben werden.

Die **Risikostratifizierung** bei Patienten mit stabiler Angina pectoris und asymptomatischer KHK sollte durch den Hausarzt erfolgen. Der Patient sollte bei Diagnosestellung, bei Verschlechterung der Symptomatik und zur **jährlichen Verlaufskontrolle** (Echokardiographie, Belastungs-EKG, wenn diese nicht vom Hausarzt durchgeführt werden können), dem Kardiologen vorgestellt werden.

| Nichtmedikamentöse Maßnahmen, die der Arzneitherapie vorangehen oder diese unterstützen   | Medikamentöse Therapie   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Absolute Priorität: Dringender ärztlicher Rat zur Aufgabe des Rauchens {A}</li> <li>■ Fettarme, antiatherogene Kost: mediterrane Kost {A}</li> <li>■ Gewichtsreduktion {B}</li> <li>■ Körperliche Belastung (mind. 30-45 Min. Bewegung 4-5mal pro Woche) {B}, Koronarsportgruppe</li> <li>■ Reduktion von psychosozialen Stress {C}</li> <li>■ Allgemeine Maßnahmen zur Reduktion der Risikofaktoren Hypertonie {A}, Diabetes {B} und Fettstoffwechselstörung {C}</li> <li>■ Ggf. unterstützende psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen bei Patienten mit Depression, fehlendem sozialen und emotionalen Rückhalt</li> <li>■ Gripeschutzimpfung {A}</li> <li>■ Invasive, interventionelle und operative Therapie nur in Abstimmung mit Kardiologen {C}</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Basistherapie: ASS 100 {A}, ggfs mit PPI; bei Unverträglichkeit Clopidogrel</li> <li>■ Kombination von ASS 100 und Clopidogrel: In den ersten 4-6 Wochen nach Implantation eines unbeschichteten Stents. Nach Implantation eines beschichteten Stents je nach Typ bis über 12 Monate (auch wenn dies bisher nicht durch Studien belegt ist), nach akutem Koronarsyndrom 3-12 Monate, bei anderen Indikationen besteht kein Vorteil der Kombination</li> <li>■ Basistherapie: Betablocker {A}</li> <li>■ Basistherapie: ACE-Hemmer (vor allem bei Herzinsuffizienz) {A}</li> <li>■ Medikamentöse Maßnahmen zur Reduktion der Risikofaktoren Hypertonie {A}, Diabetes {B} und Fettstoffwechselstörung (Statintherapie) {A}</li> <li>■ Bei Tachycardie und Betablocker-Unverträglichkeit: Diltiazem, Verapamil {A}</li> <li>■ Symptomatische Therapie: Nitrate (cave Nitratoleranz), nichtretardierte Nitrate zur Anfallsakupierung, retardierte zur Anfallsprophylaxe {A}</li> <li>■ Symptomatische Therapie: Molsidomin {B}</li> <li>■ Symptomatische Therapie: Langwirksame Ca-Antagonisten vom 1,4-Dihydropyridin-Typ {A}</li> </ul> |

### Notfallplan für Angina pectoris-Anfall

Der Hausarzt sollte dem Patienten und seinen Angehörigen einen Notfallplan (Inforezept) für den Angina pectoris-Anfall an die Hand geben. Wenn pektanginöse Beschwerden trotz Therapie mehr als 20 Minuten andauern oder wenn die Beschwerden plötzlich intensiver und in kürzeren Abständen auftreten, muss man an ein **akutes Koronarsyndrom** (= instabile Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt) denken und den Patienten in Begleitung eines Notarztes stationär einweisen.

### Notfallbehandlung durch den Hausarzt

1. Nitrospray verabreichen (nur wenn RR syst. > 90 mmHg)
2. falls keine Besserung: Notarzt bestellen und i.v.-Zugang (Braunüle) legen
3. evtl. Schmerztherapie einleiten (z. B. 5 mg Morphinum hydrochloricum langsam i.v.), evtl. kombiniert mit Antiemetikum (z. B. 1 Amp. Metoclopramid, i.v.) und einem Sedativum (z. B. 5 mg Diazepam i.v.)
4. evtl. ASS i.v nach Absprache mit dem Notfallkrankenhaus. Für die Gabe dieses Medikamentes besteht kein Zeitfenster.