

Hemmen, blocken, senken

# Diese Medikamente verbessern die KHK-Prognose

**Ziel der Sekundärprävention bei KHK-Patienten ist, das Fortschreiten der Koronarerkrankung zu verhindern und Folgekomplikationen wie Myokardinfarkt vorzubeugen.**

**Thrombozytenhemmer:** Als Basismedikation bei allen KHK-Patienten wird Acetylsalicylsäure (ASS) in niedriger Dosierung empfohlen. Studien zur Sekundärprävention nach Myokardinfarkt und bei instabiler wie auch stabiler Angina pectoris belegen eine Reduktion der Rate kardiovaskulärer Ereignisse.

Clopidogrel reduzierte bei Patienten mit atherothrombotischer Gefäßerkrankung (darunter auch stabile KHK) kardiovaskuläre Komplikationen etwas stärker als ASS. Nach akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI) wurde durch eine bis zu einjährige Therapie mit Clopidogrel zusätzlich zur Standardtherapie (inklusive ASS) die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse signifikant gesenkt. Die europäischen NSTEMI-Leitlinien empfehlen eine zwölfmonatige Nachbehandlung mit Clopidogrel. Zwei Studien belegen, dass eine ASS/Clopidogrel-Therapie beim ST-Hebungs-Myokardinfarkt

(STEMI) ischämische Ereignisse verhindert und die Sterberate senkt.

Mit Prasugrel (Efient®) ist seit 2009 ein neuer Thrombozytenhemmer verfügbar. Bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom führte Prasugrel in einer großen Studie zu einer stärkeren Senkung speziell von Myokardinfarkten als Clopidogrel.

**Betablocker:** Sie gehören zur Standardmedikation bei KHK. Ihre günstige prognostische Wirkung ist vor allem in der Sekundärprävention nach Herzinfarkt dokumentiert.

**Lipidsenkung:** Der Nutzen der Lipidsenkung mit Statinen ist in Studien bei einem breiten Spektrum von Patienten mit KHK oder hohem KHK-Risiko dokumentiert. Eine Metaanalyse von 14 Statinstudien kommt zu dem Ergebnis, dass eine Reduktion des LDL-Cholesterins um 1,0 mmol/l (39 mg/dl) innerhalb von fünf Jahren die Gesamtmortalität signifikant um 12% und die Rate tödlicher Koronarkomplikationen um 19% verringert. Die Rate für nicht tödliche Myokardinfarkte und koronare Todesfälle wurde signifikant um 23% und die Schlaganfallrate um 17% gesenkt. Bei allen KHK-Patienten ist heute ein LDL-

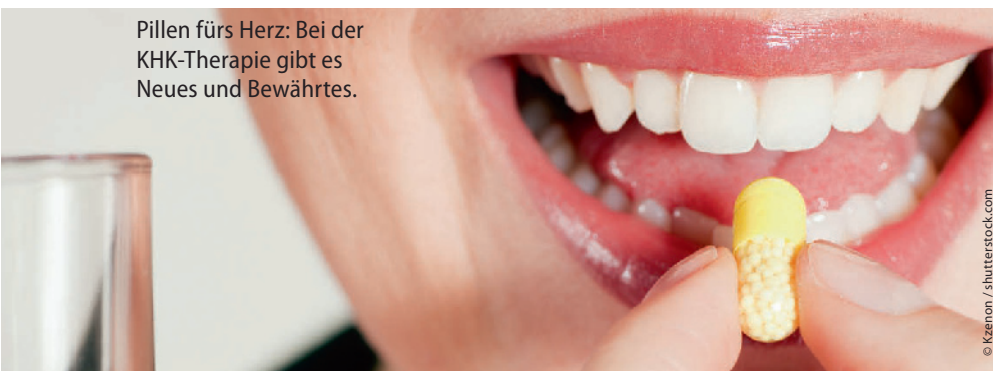
Cholesterin von 100 mg/dl Zielwert für die Lipidsenkung. Bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko wird eine noch stärkere Senkung des LDL-Cholesterins (70 mg/dl) als optional empfohlen.

Bei Unverträglichkeit oder nicht ausreichender Wirkung einer hoch dosierten Statintherapie bietet sich die freie Kombination eines Statins in niedrigerer Dosierung mit dem Cholesterinresorptionshemmer Ezetimib oder eine fixe Simvastatin/Ezetimib-Kombination (Inegy®) zur Erreichung der Zielwerte an.

**Hemmung des Renin-Angiotensin-Systems:** ACE-Hemmer bessern die Prognose bei Herzinsuffizienz/linksventrikulärer Dysfunktion nach Myokardinfarkt. Valsartan hat sich bei Hochrisikopatienten mit dieser klinischen Konstellation einem ACE-Hemmer in der Wirkung auf die Gesamtsterberate als ebenbürtig erwiesen. Bei KHK ohne Herzinsuffizienz haben Ramipril und Perindopril einen günstigen Einfluss auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität gezeigt. Telmisartan hat in einer großen Studie im Vergleich mit Ramipril äquivalente Wirksamkeit bei besserer Verträglichkeit bewiesen. Die europäischen KHK-Leitlinien empfehlen ACE-Hemmer bei Patienten mit Angina pectoris und KHK, besonders bei KHK-Patienten mit Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, linksventrikuläre Dysfunktion oder Diabetes mellitus.

**Aldosteronantagonisten:** Eplerenon (Inspra®) ist bei Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion und bestehender Herzinsuffizienz nach einem kürzlich aufgetretenen Myokardinfarkt indiziert. (ob)

Pillen fürs Herz: Bei der KHK-Therapie gibt es Neues und Bewährtes.



© Keenon / shutterstock.com