



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2007*

## **Management der stabilen Angina Pectoris**

### **Statement von Prof. Dr. Udo Sechtem / Stuttgart**

Angina Pectoris gehört zu den häufigsten Beschwerden, die einen Patienten zu einem Arztbesuch veranlassen. Die stabile Angina Pectoris ist dadurch charakterisiert, dass bei bestimmten Belastungen reproduzierbar die gleichen drückenden und einengenden Brustschmerzen auftreten. Die Beschwerden können durch Aufregung oder Kälte verstärkt werden. Sie gehen in aller Regel nach Gebrauch von Nitrokapseln oder Nitrospray zurück. Da diese Beschwerden so häufig sind, ist ein klar definiertes Vorgehen bei der Diagnostik und der Therapie dieses klinischen Syndroms notwendig. Die European Society of Cardiology (ESC) hat Experten aus zahlreichen europäischen Ländern versammelt, um das beste und effektivste Vorgehen in einer Leitlinie festzulegen.



Prof. Dr. Udo Sechtem

Das Vorgehen bei der stabilen Angina Pectoris ist durch zwei Eckpunkte geprägt: Zum einen können die Beschwerden sehr schmerzhaft und unangenehm sein, so dass eine symptomatische Therapie des eigentlichen Brustschmerzes sinnvoll und notwendig ist. Zum anderen kann die Angina Pectoris auch darauf aufmerksam machen, dass eine Herzerkrankung vorliegt, die zum Herzinfarkt und zum Herztod führen kann. Es ist wichtig zu wissen, dass starker Brustschmerz nicht unbedingt große Gefahr bedeutet, während gut erträgliche Beschwerden oder sogar das Fehlen von Beschwerden durchaus mit einer riskanten Konstellation einhergehen können.

Zentraler Punkt der Guideline ist, dass eine Herzkatheteruntersuchung nicht in jedem Falle sinnvoll sein muss. So ist bei Patienten mit einem niedrigen Risikoprofil oft eine medikamentöse Therapie völlig ausreichend. Das Risikoprofil

wird in erster Linie aufgrund eines Belastungstests erfasst, der unbedingt im Rahmen der Erstabklärung des Patienten durchgeführt werden muss. Ein höheres Risiko liegt dann vor, wenn eine Belastung schon nach kurzer Zeit abgebrochen werden muss, wenn eine ausgedehnte Durchblutungsstörung vorliegt und wenn der Abbruch der Belastung wegen Angina Pectoris erfolgt. Je größer das Risiko, desto sinnvoller ist es, eine Herzkatheteruntersuchung durchzuführen.

In der Guideline wird auch auf die geeigneten Medikamente eingegangen, die zur Behandlung des Brustschmerzes, aber auch zur Prophylaxe einer Verschlechterung der Herzkrankgefäßablagerung sinnvoll sind. In der ersten Gruppe sind vor allem die Betablocker, die Calciumantagonisten und Nitrate zu nennen. In der zweiten Gruppe dominiert das Aspirin neben den Cholesterinsenkern und den Angiotensin-Konversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmern).

In Übereinstimmung mit zwei in den vergangenen Wochen publizierten wissenschaftlichen Untersuchungen (COURAGE-Trial, New England Journal of Medicine, am 26.3.2007 elektronisch publiziert: [www.nejm.org](http://www.nejm.org)). Bei Patienten mit stabiler Angina führt eine Herzkatheter-Behandlung bei Einengungen der Koronargefäße nicht zu einem Überlebensvorteil. Auch die Zahl von Herzinfarkten lässt sich durch einen solchen Eingriff bei stabiler Angina Pectoris nicht reduzieren. Entsprechend ist die Indikation für eine solche Form der Therapie die Beschwerdesymptomatik des Patienten. Zweifellos lässt sich durch eine Herzkatheterbehandlung von Engstellen der Herzkranzgefäße die Beeinträchtigung des Patienten durch Angina-Pectoris-Symptomatik wesentlich besser als durch eine reine Medikamenten-basierte Behandlung reduzieren. Für viele Patienten ist der Behandlungseffekt – nämlich die Beseitigung quälender Angina-Pectoris-Schmerzen – mit der Bypass-Operation und mit der Herzkatheterbehandlung gleich gut. Beide Behandlungsformen reduzieren beim Großteil der Patienten nicht das Infarkt- oder Todesrisiko, sondern behandeln lediglich die Symptomatik des Patienten.

Je kränker der Patient ist (bereits vorliegende Einschränkung der Herzfunktion, Einengung des Hauptstammes der linken Kranzarterie oder viele Engstellen bei Patienten mit Diabetes mellitus), desto günstiger ist es, die Bypass-Operation statt der Herzkatheterbehandlung zu wählen. Wenn eine solche Konstellation nicht vorliegt, wird man zur chirurgischen oder Kathethertherapie dann greifen, wenn ein akzeptabler symptomarmer Zustand durch Medikamente nicht zu erreichen ist, wenn nicht-invasive Untersuchungen eine größere Menge gefährdeten Herzmuskels zeigen, wenn der Eingriff mit großer Erfolgsaussicht und niedrigem Risiko durchgeführt werden kann und schließlich auch dann, wenn der Patient nicht dauernd Medikamente einnehmen möchte, sondern stattdessen durch eine Katheterintervention oder eine Bypass-Operation beschwerdefrei werden möchte.

**Kontakt:**

Prof. Dr. Udo Sechtem  
Robert Bosch Krankenhaus  
Abteilung für Kardiologie  
Auerbachstr. 110  
70376 Stuttgart  
Tel.: 0711 / 8101 – 3456 / Fax: 0711 / 8101 - 3795  
E-Mail: [udo.sechtem@rbk.de](mailto:udo.sechtem@rbk.de)