



PRESSEINFORMATION

Aufschwung der Antianginosa für die Symptomfreiheit

Der Katheter löst nicht alle Probleme der Angina pectoris

München, 03. Juni 2025 – Das therapeutische Setting in der Versorgung der stabilen Angina pectoris steht an einem Wendepunkt: Wir bewegen uns von dem bisherigen „Stenose-zentrierten-Ansatz“ mehr und mehr hin zu einem „Patienten-zentrierten-Ansatz“ – spätestens seit dem ESC-Update des Sommers 2024. ANOCA und INOCA, also symptomatische Patienten, bei denen die großen Gefäße unauffällig sind und die Ursache für deren Probleme in den kleinen Gefäßen liegt, stehen seither ebenfalls im Fokus. Bei ihnen gewinnt die antianginöse Therapie zur Symptomkontrolle nun wieder an Aufmerksamkeit. Der Berliner Kardiologe Prof. Dr. med. Ralf Dechend beleuchtet den Paradigmenwechsel aus kardiologischer Sicht und zeigt das therapeutische Vorgehen bei dem bislang häufig übersehenen Patientenklintel auf.

ANOCA und INOCA im Blickpunkt

Mit dem ESC (European Society of Cardiology) Update 2024 hat die Europäische Gesellschaft für Kardiologie ein klares Signal gesetzt: Patienten mit stabiler Angina pectoris ohne signifikante Stenosen stehen ab sofort stärker im Fokus – unter den neuen Leitlinienbegriffen ANOCA (Angina with Non-Obstructive Coronary Arteries) und INOCA (Ischemia with Non-Obstructive Coronary Arteries). „Die Patientengruppe, die entweder einen Ischämie-Nachweis im Belastungs-EKG, im Stressecho oder der Szintigrafie hat – oder aber Angina-pectoris ohne Befund im Herzkatheter hat, ist sehr groß. Für diese hat man bisher keine gute Therapie gehabt sowie keine guten, alltagstauglichen diagnostischen Kriterien. Nun wird sich um diese Gruppe mehr gekümmert“, erklärt Kardiologe Prof. Dr. med. Ralf Dechend aus Berlin. Mit den neuen Empfehlungen wird erstmals anerkannt, dass auch nicht-obstruktive Ursachen schwerwiegende Ischämien und Symptome hervorrufen können. „Bei 60 bis 70 % der Patienten, die leitliniengerecht zum Katheter geschickt werden, findet man keine obstruktive KHK. Davon haben nach Studien mehr als die Hälfte einen pathologischen Befund in weiterer Diagnostik, z.B. im Acetylcholin-Belastungstest – Frauen noch häufiger als Männer. Und die Pathologie ist ungefähr 50:50 auf den kleinen Gefäßen oder – auch das haben wir zu wenig diagnostiziert – dem Spasmus der großen Gefäße.“

Symptomfreiheit als wichtiges Therapieziel

Das Wichtigste aus der neuen Leitlinie sei laut Prof. Dechend die patientenzentrierte Therapie: „Der Patient hat Brustschmerzen, wir haben sie als typische APS klassifiziert oder als Luftnot bei Belastung als Angina-Äquivalent, wir haben einen Ausschluss der großen Gefäße durch die invasive Diagnostik erwirkt. Und jetzt ist es an uns, mit dem Armamentarium, das wir zur

Verfügung haben – und das sind ja doch 4 bis 5 Medikamente – den Patienten über die nächsten Monate in seiner Symptomatik deutlich zu reduzieren, mit dem Therapieziel der Symptommfreiheit für Brustschmerzen bzw. Verbesserung der Luftnot.“ Symptommfreiheit sei ein wichtiges Ziel, das dem prognostischen Ziel ebenbürtig und nicht untergeordnet ist. Aber auch nach erfolgreicher Stentimplantation bleibt Angina pectoris häufig ein bestehendes Problem „Die große Vision, dass der Patient automatisch Angina-pectoris-frei ist, wenn eine 90%ige Engstelle im RIVA durch Intervention erfolgreich behandelt wird, ist leider nicht wahr. Natürlich ist bei der obstruktiven KHK die Intervention ein sehr guter und wichtiger symptomatischer Baustein.“ Der Katheter löse aber nicht alle Probleme der Angina pectoris. Eine gute antianginöse Therapie ist kein Widerspruch zu der sinnvollen Stentimplantation in diesen Fällen.

Antianginosa im Einsatz: von Try and Error und dem Mut zum Kombinieren

Therapeutisch stehen verschiedene Medikamente für die symptomatische Therapie zur Verfügung, angefangen bei den Betablockern und/oder Calciumkanalblockern. Zusätzlich können weitere antianginöse Medikamente verordnet werden, darunter Langzeitnitrate, Ivabradin, Ranolazin oder Trimetazidin – entweder bereits initial in Kombination oder später als Austauschoption.¹ „Im Alltag bedeutet das für mich, nach dem Betablocker entweder ein langwirksames Nitrat und/oder Ranolazin einzusetzen. Das sind die Substanzen, mit denen ich am meisten arbeite.“ Unter den Langzeitnitraten gäbe es nur eines das weniger Nebenwirkungen macht und eine solide Wirksamkeit zeigt, nämlich Pentalong®, so Prof. Dechend. „Ganz häufig kombiniere ich auch alle 3 Substanzen: Betablocker, Pentalong® und Ranolazin.“ Dabei erklärt der Kardiologe seinen Patienten zunächst, dass das Medikament nun die Beschwerde-Symptomatik adressiere, also weniger Brustschmerz und weniger Luftnot bei Belastung zu haben. „Ich gebe der Substanz, die ich teste, ca. 6 bis 8 Wochen Zeit. In dieser Zeit muss der Patient beobachten und berichten, ob es ihm hilft. Wenn nicht, setzen wir es wieder ab. Es handelt sich also von vornherein um eine Try and Error Situation.“ Wichtig sei bei der antianginösen Therapie laut Prof. Dechend der Mut zu kombinieren. Ebenso wichtig ist der Beitrag des Patienten, indem er körperlich aktiv wird und z.B. in einem der vielen Herz- oder Seniorensportgruppen das Vertrauen und Know-how findet, sinnvoll zu trainieren.

Über PUREN Pharma

PUREN Pharma hat das Ziel, alle Menschen in Deutschland mit qualitativ hochwertigen und preiswerten Markenarzneimitteln zu versorgen. Das Unternehmen mit Sitz in München bietet mit über 1.400 kostengünstigen Produkten ein umfassendes Spektrum für fast alle relevanten Therapieoptionen für den Einsatz in der Praxis, der Klinik und zur Selbstmedikation. PUREN Pharma steht an vorderster Front unter den Herstellern von Antibiotika in Deutschland.

Das Unternehmen ist eine deutsche Tochtergesellschaft der international tätigen Aurobindo Pharma Ltd aus Hyderabad, Indien, mit mehr als 24.000 Mitarbeitern weltweit. Aurobindo verfügt über mehr als 35 Jahre Erfahrung in der Forschung, Entwicklung und Herstellung pharmazeutischer Wirkstoffe und generischer Arzneimittel, die es in mehr als 155 Ländern vertreibt. Kernpunkte des Portfolios sind ZNS-Produkte, Antibiotika, HIV-Präparate, Mittel gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Diabetes sowie Antiallergika.

Weitere Informationen unter www.puren-pharma.de

Referenzen

1. Vrints C et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024 Sep 29;45(36):3415-3537. doi: 10.1093/eurheartj/ehae177.

Pflichttext:

Pentalong® 50 mg

Wirkstoff: Pentaerithrityltetranitrat (PETN). **Zus.:** 1 Tab. enth. 50 mg PETN, Lactose-Monohydrat, mikrokristal. Cellulose, Kartoffelstärke, Talkum, Gelatine, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pfl.], hochdisp. Siliciumdioxid, Sorbitol.

Anw.: zur symptomat. Beh. chron. stabiler Angina pectoris bei Erw. mit gesicherter koronarer Herzkrankheit u. eingeschr. körperl. Belastbarkeit, bei denen Beta-Blocker unverträglich od. kontraind. sind od. keine ausr. antianginöse Wirkung haben. **Gegenanz.:** Überempf. gg. den Wirkstoff, anderen Nitroverbindungen od. sonst. Bestandt.; akutes Kreislaufversagen (Schock, Kreislaufkollaps), kardiog. Schock sof. nicht durch intraaortale Gegenpulsation od. pos. inotrope Pharmaka ein ausr. hoh. linksventrikulärer, enddiastolischer Druck gewährleistet ist; ausgepr. Hypotonie (systol. Blutdruck ≤ 90 mmHg), akut. Myokardinfarkt, gleichz. Einnahme v. Phosphodiesterase-5-Hemmer, z. B. Sildenafil, weil es in diesem Fall zu einem erhebl. blutdrucksenkenden Effekt kommen kann; Entw. akut. pektanginöse Beschw. bei Pat. die Phosphodiesterase-5-Hemmer (z. B. Sildenafil) eingen. haben. **Nebenw.:** insbes. bei Behandlungsbeg. häufig Schläfendruck u. Kopfschm. („Nitratkopfschmerz“) die erfahrungsgem. meistens bei weiterer Einnahme nach einig. Tagen abkl.; bei Erstanw. u. bei Dosiserh. Abfall d. Blutdrucks u./od. orthostat. Hypotension, die mit reflekt. Erhö. d. Pulsfrequenz, Benommenheit sow. Schwindel- u. Schwächegef. einhergeh. können. Starker Blutdruckabfall m. Verstärkung d. Angina pectoris-Sympt., Kollapszust. m. bradykard. Herzrhythmusstör. u. Synkopen. Übelkeit, Erbrechen, flücht. Hautröt. (Flush) u. allerg. Hautreakt., exfol. Dermatitis/Stevens-Johnson-Syndrom od. Angioödeme. Bei Gabe von Pentalong kann, bed. durch e. rel. Umvert. d. Blutflusses in hypoventilierte Alveolargeb., e. Hypoxämie auftreten u. bei Pat. mit koronarer Herzkrankh. Ischämie ausl., f. PETN wird auf d. f. andere Arzneim. d. Gruppe bek. Mögl. d. Entw. e. Toleranz bzw. d. Auftretens e. Kreuztoleranz gegenüber anderen Nitroverbind. unter hoh., kontinuierl. Dos. hingew., bei ersten Zeichen e. Unverträgl.reakt., darf Pentalong nicht nochmals eingen. werden. **Warnhinweise:** Enth. Lactose-Monohydrat u. Sorbitol, Arzneim. f. Kinder unzugänglich aufbewahren. Wechselwirkungen, Dosierung und weitere Hinweise siehe Fach- und Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** PUREN Pharma GmbH & Co. KG. **Stand:** Mai 2023.



Ansprechpartner

Benedikta Springer

PR Director

DP-Medsystems AG

Tulpenstraße 26

82110 Germering

Tel.: +49 (0) 89 716 7231 - 10

E-Mail: benedikta.springer@dpmed.de