

medizinische
anzeigenfrei

arznei-telegramm®

55. Jahrgang, 13. Mai 2024

Fakten und Vergleiche für die rationale Therapie

THERAPIEKRITIK 33

Betablocker nach Herzinfarkt bei erhaltener Auswurf-
fraktion?

NEU AUF DEM MARKT 34

Neurokinin-3 (NK3)-Antagonist ▼ Fezolinetant
(VEOZA) gegen Hitzewallungen?Anti-CD20-Antikörper ▼ Ublituximab (BRIUMVI)
bei Multipler Sklerose

KURZ UND BÜNDIG 38

Neue Studie: D-Mannose (FEMANNOSE N u.a.)
gegen Harnwegsinfekte?Rivaroxaban (XARELTO) – Patentablauf und Generika
in Raten

Listeriose durch veganen Käseersatz

Intensivpatienten: Zahnputzen zum Schutz vor
nosokomialer PneumonieEinstufung von Lebensmitteln für besondere
medizinische Zwecke

NEBENWIRKUNGEN 40

Suizidalität unter GLP-1-Agonisten – Risikosaligmal nicht
bestätigt

STICHWORTVERZEICHNIS

Apixaban	39	Intensivstation	39	Ofatumumab	36
Betablocker	33	Interferon-beta-1b	38	ORTHOMOL AMD	
Bisoprolol	33	Käseersatz, veganer	39	EXTRA	39
BRIUMVI	36	Lebensmittel, diät.	39	Patentschutz	38
D-Mannose	38	Liraglutid	40	Pneumonie, noso-	
Double-Dummy-		Listeriose	39	komiale	39
Design	33	Makuladegeneration,		REDUCE-AMI-Studie	33
Fezolinetant	34	altersabhängige	40	Rivaroxaban	38
Generika	38	Menopause	34	Semaqlutid	40
GLP-1-Agonisten	40	Metoprolol	33	Suizidalität	40
Harnwegsinfektionen	38	Multiple Sklerose	36	Teriflunomid	36
Herzinfarkt	33	Mundpflege	39	Tirzepatid	40
Hitzewallung	34	NOAK	38	Ublituximab	36
Hormontherapie	34	Ocrelizumab	36	VEOZA	34
Infektion, nosokomiale	39	OCUVITE MAKULA	40	Zahnputzen	39

Glossar – Double-Dummy-Design: In Doppelblindstudien, in denen sich die zu vergleichenden Interventionen derart unterscheiden, dass deren Anwendung zur Entblindung führen würde (z.B. intravenös [i.v.] versus per os), dient ein Double-Dummy-Design zur Aufrechterhaltung der Verblindung: So erhält beispielsweise beim Vergleich von Verum i.v. mit einem Verum per os die Verum-i.v.-Gruppe zusätzlich Placebo per os und die Verum-per-os-Gruppe zusätzlich Placebo i.v. So wird erreicht, dass weder die Teilnehmer noch die Behandelnden erkennen, wer welche Intervention erhält.

▼ = Vorsicht: < 5 Jahre im Handel oder unter zusätzlicher Überwachung

Therapiekritik

BETABLOCKER NACH HERZINFARKT BEI ERHALTENER AUSWURFFRAKTION?

Die großen Studien zum mortalitätssenkenden Nutzen der Langzeittherapie mit Betablockern nach akutem Herzinfarkt wurden überwiegend Mitte der 1970er und Anfang der 1980er Jahre publiziert.¹⁻³ Sie stammen somit aus einer Zeit, bevor die akute Revaskularisierungstherapie, inzwischen vor allem mittels perkutaner Koronarintervention (PCI), Standard wurde und als es die heutige antithrombotische und Statintherapie noch nicht gab. Ausnahme ist die 20 Jahre später veröffentlichte CAPRICORN-Studie,⁴ die allerdings nur Herzinfarktpatienten mit linksventrikulärer Auswurfraction von höchstens 40% aufgenommen hat.⁵ Zum Stellenwert der Betablockade im Rahmen der modernen Infarkttherapie bei Patienten ohne eingeschränkte linksventrikuläre Auswurfraction fehlen dagegen aussagekräftige Daten. Beobachtungsstudien zur Frage kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.^{5,6}

Die aktuelle **europäische Herzinfarktleitlinie** gibt eine starke Empfehlung für die Sekundärprophylaxe mit Betablockern nur bei eingeschränkter linksventrikulärer Auswurfraction (≤ 40%). Die routinemäßige Anwendung ungeachtet der Ejektionsfraction soll aber in Betracht gezogen werden.⁵ Das britische NICE sieht – allerdings auf der Basis einer Metaanalyse von Studien vor der Ära der Reperfusionstherapie – Evidenz für einen Nutzen der routinemäßigen Einnahme von Betablockern über ein Jahr.⁷ Ihm folgt die hiesige **Nationale Versorgungsleitlinie** (NVL), die für die routinemäßige Anwendung über ein Jahr eine abgeschwächte Empfehlung gibt.⁸ Wie auch die aktuelle US-amerikanische Leitlinie zur Behandlung der chronischen koronaren Herzkrankheit (KHK) empfiehlt die NVL, die Fortsetzung einer Betablockade bei über ein Jahr zurückliegendem Herzinfarkt ohne linksventrikuläre Dysfunktion und ohne andere Indikation wie Angina pectoris oder Rhythmusstörung zu überprüfen.^{8,9} Ähnlich fällt die Empfehlung des NICE aus.⁷

Mit der **REDUCE-AMI-Studie**⁶ wird jetzt die erste von mehreren aktuellen großen randomisierten Studien zum Nutzen der Langzeittherapie mit Betablockern nach Herzinfarkt bei erhaltener Auswurfraction publiziert. 5.020 im Median 65 Jahre alte Patienten (23% Frauen) mit akutem Herzinfarkt, Nachweis einer obstruktiven koronaren Herzkrankheit in der Angiographie und linksventrikulärer Ejektionsfraction von mindestens 50% werden im Median zwei Tage nach der Krankenhauseinweisung in die offene pragmatisch konzipierte Studie aufgenommen. Bei 35% liegt ein ST-Hebungsinfarkt vor, bei 55% eine Eingefäß-, bei 27% eine Zweigefäß- und bei 17% eine Hauptstammstenose oder Dreigefäßerkrankung. 46% haben eine Hypertonie, 14% einen Diabetes mellitus. 96% erhalten eine PCI, 4% einen koronaren Bypass. Patienten der Betablockerguppe nehmen Metoprolol (BELOC-ZOK, Generika; 1. Wahl) oder Bisoprolol (CONCOR, Generika; 2. Wahl) ein, die Zieldosis soll täglich mindestens 100 mg bzw. 5 mg betra-