



Arzneimitteltherapie in den ersten Wochen bis Monaten nach Myokardinfarkt: Keine Hinweise auf generellen Nutzen von Beta-blockern oder SGLT2-Inhibitoren [CME]

Zusammenfassung: Bei Patienten mit akutem Myokardinfarkt (MI), bei denen nach früher perkutaner Koronarintervention (PCI) die linksventrikuläre Ejektionsfraktion $\geq 50\%$ betrug, reduzierte die Langzeitbehandlung mit Betablockern (BB) über ein Jahr nicht die Letalität oder Rezidivinfarkte. Die Indikation für BB sollte deshalb bei diesen Patienten zurückhaltend gestellt und ggf. nach einem Jahr kritisch reevaluiert werden. Die Indikation für BB bei Herzinsuffizienz nach MI mit einer reduzierten linksventrikulären Ejektionsfraktion ($\leq 40\%$) oder mit erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion in Kombination mit Hypertonie oder Vorhofflimmern bleibt wegen der Verbesserung der Prognose jedoch bestehen.

Eine weitere aktuelle Studie zeigte keine Vorteile durch eine Behandlung mit Empagliflozin bei Patienten, die in den ersten Wochen nach akutem Myokardinfarkt eine Herzinsuffizienz mit erhaltener oder reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion hatten. Möglicherweise benötigt die Mehrheit der Patienten in dieser Situation keine intensivierete Herzinsuffizienztherapie. Dies wurde bereits auch für Sacubitril/Valsartan gezeigt. Auszunehmen sind jedoch Patienten mit großen irreversiblen Infarktfolgen und entsprechend schlechter Prognose.

Patienten mit Herzinsuffizienz (HI) in den ersten Wochen nach einem akuten Myokardinfarkt (MI) sind eine besonders zu betrachtende Subgruppe. Durch eine optimierte Akuttherapie wird heute bei den meisten Patienten nach einem MI eine so rasche Revaskularisation des Infarktareals erreicht, dass es zu keiner oder nur zu einer geringen irreversiblen Schädigung des betroffenen Myokardareals kommt. Nur eine Minderheit aller MI-Patienten entwickelt das Vollbild einer persistierenden und *irreversiblen* ischämischen Kardiomyopathie mit den entsprechenden Folgeproblemen (chronische HI, Arrhythmierisiko). Aber auch nach einem noch rechtzeitig wiedereröffneten Koronarverschluss kann eine protrahierte, *reversible* myokardiale Kontraktilitätsstörung folgen („stunned myocardium“). Diese bildet sich über Wochen teilweise oder auch vollständig zurück.

Die Irreversibilität oder Reversibilität des Myokardschadens (erhaltene Vitalität, „viability“) ist mittels der apparativen Standarddiagnostik nicht ohne weiteres zu beurteilen. Für die Entscheidung über eine primärprophylaktische Implantation eines Cardioverters/Defibrillators (ICD) bei Patienten mit (initial) höhergradig reduzierter linksventri-

Inhalt

Arzneimitteltherapie in den ersten Wochen bis Monaten nach Myokardinfarkt: Keine Hinweise auf generellen Nutzen von Betablockern oder SGLT2-Inhibitoren . . .	33
Infektionen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) – neuere Entwicklungen zur Prävention	35
Antipsychotika: viele Nebenwirkungen bei Demenzpatienten	37
Monoklonaler Antikörper gegen Plasmodium falciparum schützt Kinder in Mali vor Malaria über eine Malarisaison.	39
Schlüsselstudien zur Herzinsuffizienz: Zweifel an ihrer externen Validität.	39
Erratum.	40

Dosisangaben ohne Gewähr.

kulärer Ejektionsfraktion nach MI gilt daher eine Frist von 40 Tagen, die leitliniengemäß abgewartet muss. Bis dahin werden Patienten mit externen provisorischen Geräten („Defibrillatorweste“) versorgt.

Bisherige Empfehlungen, wie in dieser Übergangsphase die medikamentöse Therapie der HI zu handhaben ist, beruhen teils auf jahrzehntealten Studien. Seither haben sich jedoch sowohl MI- als auch HI-Therapie grundlegend gewandelt. Es gibt Hinweise, dass bei HI nach akutem MI wahrscheinlich eine andere Behandlungsstrategie gewählt werden muss als bei chronischer HI. So konnte die PARADISE-MI-Studie keinen Vorteil für Sacubitril-Valsartan zeigen (1).

Kürzlich wurden zur Therapie der HI nach MI in zwei aufeinanderfolgenden Ausgaben des N. Engl. J. Med. zwei Studien publiziert: 1. REDUCE-AMI zur Betablockertherapie bei Patienten nach MI mit erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion (2) und 2. EMPACT-MI zur Therapie mit einem SGLT2-Inhibitor (Empagliflozin) bei gemischten HI-Patienten mit sowohl reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (HFrEF) als auch erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF; 3).

Die REDUCE-AMI-Studie (2): Eine Langzeittherapie mit Betablockern (BB) reduziert die Letalität bei Patienten mit eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) nach Myokardinfarkt (MI) um etwa 20% (1). Bei frühzeitiger PCI kann heute in vielen Fällen eine normale LVEF erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Ob Betablocker (BB) auch bei solchen Patienten die Prognose verbessern, wurde bislang nicht in großen randomisierten kontrollierten Studien (RCT) untersucht; vor 10 Jahren hatte sich in einer Metaanalyse bei Patienten mit HFpEF (LVEF $\geq 50\%$) kein Überlebensvorteil durch BB gezeigt (4).