

# Myokardinfarkt - Akuttherapie und Sekundärprophylaxe

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Bonaventura, M.A.

Das akute Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrome, ACS) ist die häufigste Todesursache weltweit und gehört in den entwickelten Ländern zu den häufigsten Krankheitsursachen. Unter dem Begriff werden drei Krankheitsbilder aufgrund ihrer in der Notfallmedizin zunächst häufig nicht unterscheidbaren Symptomatik zusammengefasst: Die instabile Angina pectoris, der Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und der ST-Hebungsinfarkt (STEMI).

Neben der wegweisenden Klinik steht vor allem die elektrokardiographische und laborchemische Untersuchung im Vordergrund. Im Gegensatz zur Angina pectoris sind der NSTEMI und STEMI durch einen Untergang von Herzmuskelgewebe charakterisiert - diagnostisch nachweisbar durch die Freisetzung von Troponin T ist als herzmuskelspezifischer Marker circa 3 bis 4 Stunden nach Infarktbeginn. Der STEMI ist als einzige Entität des akuten Koronarsyndroms durch spezifische Infarktveränderungen (z.B. ST-Hebung) im EKG nachweisbar. In der Akutsituation bestehen bei Verdacht auf ein ACS feste Algorithmen der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie, die für alle drei Verlaufsformen des ACS gleichermaßen gelten: Gerinnungshemmung, Analgesie, Herzrhythmuskontrolle und ggf. O<sub>2</sub>-Gabe. Die weitere Therapie wird dann je nach dem Ergebnis der Diagnostik geplant. Beim STEMI ist eine schnellstmögliche Herzkatheterintervention indiziert, während beim NSTEMI die Intervention früh-elektiv innerhalb von 2 bis 72 Stunden durchgeführt werden sollte. Beim NSTEMI profitieren insbesondere Hochrisikopatienten von einer frühen invasiven Strategie.

Die Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Kardiologie wurden zuletzt im Jahr 2023 aktualisiert und für den NSTEMI und den STEMI zusammengefasst [2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Byrne RA et al. Eur Heart J. 2023 Oct 12;44(38):3720-3826.]. Bereits seit 2017 wird in den Leitlinien empfohlen, dass Patienten mit Links- wie Rechtsschenkelblock und fortbestehender Symptomatik eines Myokardinfarktes wie ein STEMI behandelt werden sollten. Die empfohlene Dosierung von Acetylsalicylsäure bei Diagnosestellung eines NSTEMI oder STEMI liegt bei 150-300 mg oral oder 75-250 mg intravenös. Die routinemäßige Gabe von Sauerstoff sollte erst bei einem SpO<sub>2</sub> < 90% erfolgen. Eine Herzkatheteruntersuchung sollte möglichst über die Armarterie durchgeführt werden und bei einer Intervention sollten Medikamenten-beschichtete Stents eingesetzt werden. Bevorzugte Wahl der ADP-Rezeptor-Antagonisten sind Prasugrel und Ticagrelor. Beide sind im Vergleich zu Clopidogrel mit einem leicht besseren Outcome verbunden.

Die weitere medikamentöse Therapie nach einem akuten Koronarsyndrom ist von herausragender Bedeutung für Symptomatik und Prognose der Patienten. Bei Patienten mit einem erhöhten Blutungsrisiko kann zukünftig die Dauer der dualen Thrombozytenaggregationshemmung von 12 Monate auf 6 Monate reduziert werden. Eine wichtige Säule der Sekundärprävention ist die Therapie der Hyperlipidämie. Nach einem akuten Koronarsyndrom sollte ein LDL-Cholesterin unter 1,4 mmol/l angestrebt werden. Dies wird in der Regel durch die Gabe eines Statins und gegebenenfalls in der Kombination mit Ezetimib oder Bempedoinsäure erreicht. Bei Hochrisikopatienten, die unter der intensivierten Therapie nicht die angestrebte Senkung des LDL-Cholesterins erreichen, ist der Einsatz eines PCSK9-Hemmers zu prüfen.

Neben der interventionellen und medikamentösen Therapie sollten die Maßnahmen der Lebensstilmodifikation und die regelmäßige körperliche Aktivität intensiviert werden. Die Leitlinien empfehlen Ausdauersport mit mittlerer Intensität in einer Dauer von 150 Minuten pro Woche oder mit höherer Intensität in einer Dauer von 75 Minuten pro Woche sowie zwei muskelkräftigende Übungen pro Woche.