

Sekundäre Prophylaxe nach akutem Myokardinfarkt

Nach einem Myokardinfarkt oder anderen Erkrankungen, die als Komplikationen der Arteriosklerose anzusehen sind, geht es darum, die betroffenen Patienten davon zu überzeugen, daß sie nicht rauchen dürfen, daß ihre Blutfette gesenkt werden müssen, daß sie ein körperlich aktives Leben führen sollen, daß der Blutdruck normale Werte haben soll und daß sie auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, wenn sie ihr Risiko mindern wollen. Diese Medikamente sind (speziell nach akutem Myokardinfarkt) Thrombozytenaggregationshemmer oder Antikoagulanzen, Betablocker, ACE-Hemmer und ggf. bei Frauen Östrogene. Wir hatten eine entsprechende Empfehlung der American Heart Association (AHA) im Oktober 1995 im ARZNEIMITTELBRIEF abgedruckt (AMB 1995, **29**, 78): Nun erschien im New England Journal of Medicine eine Übersicht über die Studien, die sich mit der Risikominderung durch Medikamente nach akutem Myokardinfarkt befassen (Hennekens, C.H., et al.: N. Engl. J. Med. [1996, 335, 1660](#)). Sie sind Zahlengrundlage für die Empfehlungen, die sich jetzt auch in Deutschland mehr und mehr durchsetzen. Die Tab. 1 zeigt die Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirksamkeit von Betablockern, ACE-Hemmern, Nitraten, Kalziumantagonisten, Antiarrhythmika und Magnesium. Eine große Zahl von Studien ist an insgesamt fast 200000 Patienten durchgeführt worden. Ein Relatives Risiko unter 1 besagt, daß der Wert der Prophylaxe erwiesen ist mit einer Sicherheit, die vom P-Wert beschrieben ist. Eine Metaanalyse ist allerdings nicht besser als die Studien, die ihr zugrunde liegen. Darum ist in der letzten Spalte zu der Art der Studien stichwortartig Stellung genommen worden.

Fazit: Betablocker und ACE-Hemmer sollten nach akutem Myokardinfarkt verordnet werden, wenn keine Kontraindikationen vorliegen. Zur Prophylaxe eignen sich Kalziumantagonisten, Lidocain, Antiarrhythmika und Magnesium nicht. ACE-Hemmer sollten für mindestens einige Wochen und Betablocker für einige Jahre gegeben werden. Die Prophylaxe sollte um so länger weitergeführt werden, je intensiver die Auswirkungen des Infarktes sind. Zusätzlich muß an die Prophylaxe mit Azetylsalizylsäure, Östrogenen und Cholesterinsenkern gedacht werden, auch wenn darüber in dieser Übersicht aus Boston nicht berichtet wird.

Tabelle 1
Metaanalysen randomisierter Studien zur medikamentösen Therapie bei und nach akutem Myokardinfarkt

Medikament	Zahl der Patienten	Relatives Risiko	P-Wert	Bemerkung
Betarezeptoren-Blocker				
bei Myokardinfarkt	28970	0,87	0,02	A
nach Myokardinfarkt	24298	0,77	< 0,001	A
ACE-Hemmer				
bei Myokardinfarkt	100963	0,94	0,006	A
nach Myokardinfarkt (mit Insuffizienz)	5986	0,78	< 0,001	A
Nitrate bei Myokardinfarkt	81908	0,94	0,03	B
Kalziumantagonisten bei und nach Myokardinfarkt	20342	1,04	0,41	A
Antiarrhythmika				
Lidocain bei Myokardinfarkt	9155	1,38	< 0,05	C
Klasse I nach Myokardinfarkt	6300	1,21	0,04	A
Amiodaron nach Myokardinfarkt	1557	0,71	0,03	C
Magnesium bei Myokardinfarkt	61860	1,02	< 0,05	A

A = große, randomisierte Studien. B = nicht alle randomisierten Studien kommen zum selben Ergebnis. C = große, randomisierte Studien liegen nicht vor