

Neue Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom

Was hat sich geändert? -- Autor: Dr. Peter Overbeck



Das EKG gibt Aufschluss über den ACS-Typus.

Die europäische Kardiologengesellschaft ESC hat neue Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom (ACS) mit praxisrelevanten Neuerungen herausgebracht.

Je nach Symptomatik, EKG-Befund und Ergebnis der Troponin-Messung kann ein ACS als ST-Hebungsinfarkt (STEMI), Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI) oder als instabile Angina pectoris klassifiziert werden. Für diese ACS-Subtypen gibt es nun eine gemeinsame Leitlinie mit drei Neuerungen:

Quellen:

1. Kongress der European Society of Cardiology (ESC) 2023, 25. – 28. August 2023, Amsterdam.
2. Byrne RA et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, ehad191, doi: 10.1093/eurheartj/ehad191

Frühes Invasives Management: Bei Personen mit NSTEMI-ACS und hohem Risiko (u. a. bestätigte NSTEMI-Diagnose, dynamische ST-Segment oder T-Wellen-Veränderungen, GRACE-Score > 140) wurde die Empfehlung für eine frühe invasive Strategie (innerhalb 24 Stunden) von Klasse-I auf Klasse-IIa abgeschwächt. Bei STEMI hingegen bleibt es dabei, Betroffene schnellstens ins Katheterlabor zu bringen.

Nachbehandlung mit DAPT: Jüngere Studien hatten gezeigt, dass eine Verkürzung der dualen Plättchenhemmung (DAPT) das Blutungsrisiko senkt und die Nutzen-Schadensbilanz verbessert. Neben der Empfehlung zur 12-monatigen DAPT benennen die neuen Leitlinien deshalb nun auch alternative Strategien. Wenn z. B. unter DAPT 3–6 Monate keine Komplikationen auftreten und kein hohes Ischämierisiko besteht, kann auf eine Monotherapie (bevorzugt P2Y12-Hemmer) umgestellt werden.

Frühe komplette Revaskularisierung: Bei STEMI-Patientinnen und Patienten mit koronarer Mehrgefäßerkrankung stellt sich die Frage, ob Läsionen in Nicht-Infarkt-Arterien mitbehandelt werden sollen. Die Empfehlung dazu wurde jetzt von Klasse-IIa auf Klasse-I aufgewertet: Eine komplette Revaskularisation sollte entweder gleich bei der Index-PCI-Prozedur oder innerhalb von 45 Tagen erfolgen. ■

Semaglutid bessert HFpEF-Herzinsuffizienz

Bei adipösen Nicht-Diabetikern



Übergewicht und Herzschwäche: GLP-1-Rezeptor-Agonist zeigt Wirkung.

Erstmals zeigt eine auf Adipositas zielende Therapie, dass sie neben einer deutlichen Gewichtsreduktion auch Verbesserungen bei Symptomatik und funktionellen Einschränkungen der Herzinsuffizienz (HI) vom HFpEF-Typ bewirkt.

HFpEF ist jene Form der Herzinsuffizienz, bei welcher der Ventrikel nicht zu schwach ist, um kräftig zu pumpen, sondern zu steif ist, um sich richtig zu füllen. Hier haben sich kürzlich die SGLT2-Inhibitoren als erste wirksame Therapie erwiesen. Beim europäischen Herzkongress ESC wurden nun Ergebnisse der Studie STEP-HFpEF mit dem GLP-1-Rezeptor-Agonisten Semaglutid publiziert. Bei Menschen mit HFpEF und Adipositas zeigte der Wirkstoff eine bemerkenswerte symptomatische Wirksamkeit.

Nach Einschätzung des Kardiologen und Studienleiters Mikhail Kosiborod, Kansas City, war der Effekt auf die HI-bezogene Lebensqualität so groß wie in keiner anderen Studie bei dieser HI-Form.

Die Studie gebe auch Aufschluss über die Bedeutung der Adipositas bei HFpEF. Sie sei nicht nur Begleiterkrankung, sondern womöglich an deren Entstehung und Progression ursächlich beteiligt.

An der Studie waren 529 Personen ohne Diabetes, aber mit Adipositas (BMI im Median 37) und symptomatischer HI (linksventrikuläre Auswurffraktion $\geq 45\%$, median 57%) beteiligt. Sie wurden auf eine Jahrestherapie mit Semaglutid oder Placebo randomisiert. Ein primärer Endpunkt war die Veränderung der Lebensqualität im sog. KCCQ-Score. Hier zeigte sich eine Verbesserung um 16,6 Punkte unter Semaglutid vs. 8,7 Punkte unter Placebo ($p < 0,001$). Zweiter Endpunkt war das Gewicht, das um 13,3% unter Semaglutid vs. 2,6% unter Placebo abnahm ($p < 0,001$). Verbesserungen resultierten auch bezüglich Belastbarkeit (6-Minuten-Gehtest plus 21,5 vs. plus 1,2 Meter, $p < 0,001$) sowie beim Entzündungsparameter CRP (minus 43,5% vs. 7,3%, $p < 0,001$) und beim kardialen Biomarker NTproBNP (-20,9% vs. -5,3%). *PO* ■

Quellen:

1. Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC) 2023, 25. – 28. August 2023, Amsterdam
2. Kosiborod MN et al. *N Engl J Med* 2023; 389:1069–84