

Koronare Herzkrankheit

Wird der Nutzen von Betablockern überschätzt?

Der Nutzen von Betablockern bei stabiler KHK mit oder ohne durchgemachtem Herzinfarkt wird möglicherweise deutlich überschätzt, wie in JAMA publizierte Registerdaten andeuten. Bei Patienten ohne Infarktanamnese könnten sie gar schaden.

— Betablocker gehören zum Standardarmamentarium der KHK-Therapie. Wissenschaftliche Evidenz für eine lebensverlängernde Wirkung existiert für die Situation nach Herzinfarkt sowie bei Herzinsuffizienz.

Postinfarktstudien mit Betablockern sind schon älter

Doch speziell die Studien mit Postinfarktpatienten sind schon einige Jahrzehnte alt. Seither wurden die Reperfusionstrategien sowie die medikamentöse Sekundärprävention erheblich verbessert und verfeinert. Wie Betablocker aber vor dem Hintergrund einer modernen Herzinfarkttherapie wirken, ist nicht untersucht.

Darüber hinaus werden die positiven Ergebnisse aus diesen älteren Postinfarktstudien auf eine Reihe von anderen klinischen Situationen extrapoliert, ohne dass der Nutzen der nicht immer gut verträglichen Betablocker hier entsprechend erhärtet wäre. Dies gilt z. B. für Postinfarktpatienten, bei denen der Infarkt schon länger zurückliegt, oder für KHK-Patienten ohne Herzinfarkt, und schließlich für Patienten mit KHK-Risikofaktoren, aber ohne manifeste KHK.

Neue Daten aus dem REACH-Register

Was Betablocker diesen drei Patientengruppen bringen, war jetzt Gegenstand einer klinischen Untersuchung. Bei dem Patientenkollektiv handelte es sich um Patienten des internationalen, prospektiven REACH-Registers. Im Register befanden sich 14 000 stabile KHK-Patienten mit Infarktanamnese, 12 000 KHK-Patienten ohne Infarktanamnese,



KHK mit Hauptstammstenose.

und 18 700 Patienten nur mit KHK-Risikofaktoren.

In jeder der drei Gruppen wurden vergleichbare Paare gebildet, die Betablocker oder keine Betablocker erhielten. Deren Schicksal wurde im Median 44 Monate lang beobachtet. Primärer Endpunkt waren die drei Ereignisse Tod aus kardiovaskulärer Ursache, Herzinfarkt und Schlaganfall. Beim sekundären Endpunkt wurden zusätzlich Revaskularisierungseingriffe sowie Krankenhausaufenthalte aufgrund atherothrombotischer Komplikationen betrachtet.

Kurz zusammengefasst fand sich für keine der drei Patientengruppen ein signifikanter Nutzen der Betablockade.

Betablocker nach Infarkt: wirkungslos

Selbst in der Gruppe der Patienten mit positiver Infarktanamnese bestand nur ein numerischer Vorteil im primären

Endpunkt (489 vs. 532 Ereignisse, 16,93% vs. 18,60%), der nicht statistisch signifikant war.

Erst bei ausschließlicher Betrachtung von Patienten, deren Infarkt weniger als ein Jahr zurücklag, zeigte sich ein signifikanter Effekt, aber nur im sekundären Endpunkt, also unter Einschluss von Revaskularisierungen und Hospitalisierungen.

Betablocker bei stabiler KHK: mehr Hospitalisierungen

Bei Patienten mit stabiler KHK, aber leerer Infarktanamnese, lagen die Ereignisraten bei 12,94% (vs. 13,55% ohne Betablocker, 391 vs. 405 Fälle) für den primären Endpunkt sowie bei 30,59% (vs. 27,84% ohne Betablocker, 1101 vs. 1002 Fälle) für den sekundären Endpunkt.

Das bedeutet: Die KHK-Patienten, die einen Betablocker erhielten, wurden signifikant häufiger hospitalisiert und revaskularisiert.

Betablocker bei KHK-Risikofaktoren: mehr kardiovaskuläre Komplikationen

Patienten ohne KHK, aber mit wenigstens drei atherothrombotischen Risikofaktoren, hatten Nachteile, wenn sie Betablocker einnahmen. Sie erlitten sowohl mehr primäre Endpunkte (476 vs. 403, 14,22% vs. 12,11%) als auch mehr sekundäre Endpunkte (870 vs. 797, 22,01% vs. 20,17%), die Unterschiede waren jeweils signifikant.

Fazit der Autoren: Gesichert prognostisch wirksam sind Betablocker nur bei Herzinsuffizienz sowie bei akutem Herzinfarkt für einen begrenzten Zeitraum.

DR. MED. DIRK EINECKE ■

■ Quelle: Bangalore S, Steg PhG, et al.; Betablocker Use and Clinical Outcomes in Stable Outpatients with and without Coronary Artery Disease. JAMA 2012; 308(13): 1340–1349