

1-4

ZB MED

Erfolgreiche Therapie auch im NYHA-Stadium IV

Umfassende adrenerge Abschirmung

Das Ende von COPERNICUS (Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Trial) war eigentlich erst 18 Monate später geplant gewesen. 900 Todesfälle würden wahrscheinlich nötig sein, um einen signifikanten Effekt zu zeigen, lautete die Vorgabe. Doch schon nach nur 20 Monaten war eindeutig klar: Der Betablocker Carvedilol senkt auch bei schwerer Herzinsuffizienz hochsignifikant das Mortalitätsrisiko – und zwar um 35%.

Im NYHA-Stadium II und III, bei milder bis mittelschwerer Herzinsuffizienz, gehören die Betablocker schon länger zur Standardtherapie. Schon im Jahr 1996 war das US-Carvedilol-Programm vorzeitig beendet worden, weil der Überlebensvorteil für die Carvedilol-Behandelten mit 65% Differenz zur Placebogruppe zu groß war.

ACE-Hemmer längst nicht so überzeugend

In der Folge belegten auch andere Betablocker – Bisoprolol in CIBIS-II (Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study) und Metoprolol in MERIT-HF (Metoprolol Randomized Intervention Trial in Heart Failure) – ihre mortalitätssenkende Wir-

kung bei milder bis moderater Herzinsuffizienz. Inzwischen ist die Datenlage für die Betablocker bei dieser Indikation „überzeugender“ als für die ACE-Hemmer, so M. Packer, New York, USA. Während es für die ACE-Hemmer klinische Studien mit insgesamt 8000 Teilnehmern gibt, die eine Mortalitätsenkung um etwa 25% belegen, sind Betablocker inzwischen schon mit etwa 15 000 Herzinsuffizienz-Kranken getestet worden, wobei sie das Sterberisiko um 30 bis 65% reduzierten.

Logische Konsequenz dieser Zahlen wäre eigentlich, Betablocker in der Praxis mindestens ebenso häufig wie die ACE-Hemmer einzusetzen. Die Realität sieht jedoch anders aus. Während 60 bis 80% der Herzinsuffizienz-Patienten in Europa und den USA einen ACE-Hemmer erhalten, liegt diese Rate bei den Betablockern nach Auskunft von Packer nur zwischen 5 und 15%. „Wie immer in solchen Fällen“ seien die Gründe für die zögerliche Umsetzung der Studien-

resultate „natürlich komplex und multifaktorell“, so der New Yorker Kardiologe. Einen Grund sieht er jedoch darin, dass die ACE-Hemmer ihre Wirksamkeit über das gesamte Spektrum der Herzinsuffizienz bewiesen haben, die Betablocker bislang aber nur im mittleren Bereich bei den NYHA-Stadien II und III, nicht im Stadium IV (Tab. 1).

Carvedilol-Einsatz von NYHA-Stadium II bis IV möglich

„Wir fühlten uns nicht ganz wohl dabei, diese Wirkstoffe auch schwer kranken Patienten zu geben“, sagte Packer in Amsterdam. Dies habe vor allem gegolten, nachdem im vergangenen Jahr die BEST-Studie mit dem Betablocker Bucindolol bei Patienten im NYHA-Stadium III und IV negativ ausgefallen war. Die BEST-Untersucher hatten damals gemutmaßt, die Patienten wären möglicherweise „einfach zu krank für die Betablockertherapie“ gewesen.



Amsterdam – malerische Kulisse für den diesjährigen ESC.

(Foto: S. Böhm, Kollage: B. von Wirth)

— * Satellitensymposium „Antiadrenergic therapy in the cardiovascular disease continuum“ im Rahmen des ESC, am 29. August 2000 in Amsterdam; Veranstalter: Hoffmann-La Roche.