

Beta-Blocker Therapie nach Herzinfarkt

DIE VIER SÄULEN DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE BEI HERZINSUFFIZIENZ

Der Behandlung der Herzinsuffizienz mit beta-Blocker stellt neben der Therapie mit ACE-Hemmer/ARNI, SGLT2 Hemmer und Mineralkortikoid-Rezeptor Antagonisten eine der 4 Hauptsäulen der medikamentösen Therapie dieser Erkrankung dar. Untersuchungen zeigten auch, dass eine Langzeit-Behandlung mit beta-Blocker bei Herzinfarkt die Mortalität dieser Erkrankung um ca. 20% senken kann. Diese Untersuchungen stammen aller-

dings zum Großteil aus den 1980er Jahren und wurden bei Patienten mit großen Infarkten und eingeschränkter systolischer Linksventrikelfunktion durchgeführt. Zu dieser Zeit waren noch keine modernen Therapieregime wie perkutane koronare Interventionen, neue anti-thrombotische Regime, hoch effektive Statine und andere Lipid-senkende Therapien und Hemmer des Renin/Angiotensin/Aldosteron Systems in der Routine-Behandlung dieser Patienten etabliert. Präliminäre aktuelle kleinere Untersuchungen und Meta-Analysen ließen vermuten, dass bei Patienten die mit diesen modernen Therapie-



Bei der REDUCE-AMI Studie wurde der Effekt einer beta-Blocker Gabe (Bisoprolol oder Metoprolol) bei über 5.000 Patienten mit Herzinfarkt untersucht

Regimen behandelt wurden, beta-Blocker keinen Effekt auf die Mortalität mehr ausübten, insbesondere wenn eine normale Linksventrikel-Funktion besteht, wiewohl diese Medikamente bei Herzinfarkt noch von den meisten Guidelines nach wie vor empfohlen werden. Es wurden deshalb eine Reihe von Studien initiiert um diese Fragestellung zu untersuchen. Die Ergebnisse einer dieser Studien wurden nun im Rahmen des amerikanischen Herzkongresses vorgestellt und prominent publiziert (1).

STUDIE MIT ÜBER 5.000 PATIENTEN MIT HERZINFARKT ÜBER EFFEKT EINER BETA-BLOCKER GABE

Die sogenannte REDUCE-AMI Studie untersuchte den Effekt einer beta-Blocker Gabe (Bisoprolol oder Metoprolol) bei über 5.000 Patienten mit Herzinfarkt (35% hatten einen ST-Hebungsinfarkt) die einer Koronarangiographie und meistens (>95%) einer perkutanen koronaren Intervention zugeführt wurden und die eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion (Auswurfraction, ejection fraction EF >50%) aufwiesen. Der primäre Endpunkt war eine Kombination aus Gesamtmortalität und erneutem Herzinfarkt. Die Patienten hatten eine exzellente medikamentöse Versorgung mit Thrombozyten-Aggregationshemmer (Aspirin, P2Y12-Rezeptor Hemmer, jeweils >95%), Statine (>95%) und ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor Blocker (ca. 80%). Nach einer mittleren Beobachtungsdauer von 3,5 Jahren war der oben erwähnte primäre Endpunkt aus Gesamtmortalität und erneutem Herzinfarkt in den beiden Gruppen mit und ohne beta-Blocker gleich (jährliche Ereignisrate beta-Blocker Gruppe 2,4%, Gruppe ohne beta-Blocker 2,5%). Auch sekundäre Endpunkte wie die einzelnen Endpunkte des primären Endpunktes erneuter Herzinfarkt und Gesamtmortalität und auch weitere sekundäre Endpunkte wie kardiovaskuläre Mortalität, Herzinsuffizienz oder Vorhofflimmern waren zwischen den Gruppen mit und ohne beta-Blocker nicht unterschiedlich. Auch im Bereich der Sicherheitsendpunkte war zwischen den Gruppen kein Unterschied, es wurde auf Bradykardie, höhergradigem AV-Block, Synkope, oder Schrittmacherimplantation sowie COPD/Asthma und Schlaganfall getestet. Insgesamt hat sich durch die beta-Blocker Therapie kein Vorteil in der untersuchten Patientengruppe, also bei Patienten nach Myokardinfarkt mit einer normalen linksventrikulären Pumpfunktion (EF>50%) auf Mortalität und erneutem Infarkt ergeben. Als Kritikpunkte wurden in dem ergänzenden Editorial (2) erwähnt, dass eine verblindete Studie wohl zu bevorzugen wäre, also eine Studie bei der der Patient und ggf. auch der Arzt nicht wissen ob sie ein wirksames



In der ergänzenden Studie wurde unter anderem kritisiert, dass ein anderer Aufbau der Studie zu bevorzugen gewesen wäre.

Medikament oder ein unwirksames Placebo verabreicht bekommen. Außerdem haben in dieser Studie viele Patienten ein sogenanntes cross-over durchgeführt, d.h. in der beta-Blocker Gruppe haben Patienten kein entsprechendes Medikament auf Dauer bekommen bzw. in der Kontrollgruppe einen beta-Blocker erhalten (ca. 15%). In diesem Editorial werden auch die weiteren Studien erwähnt, die zu diesem Thema gerade aktuell durchgeführt und in den nächsten Jahren fertig gestellt werden. Bis dahin ist die routinemäßige Verwendung von beta-Blocker in der Sekundärprävention bei Patienten nach Myokardinfarkt mit normaler Pumpfunktion wohl unter besonderer Beobachtung.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen mein Team und ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Primar Ao. Univ. Prof.
Dr. Rudolf Kirchmair
Departmentleiter Kardiologie


REHA ZENTRUM MÜNSTER
Klinikum für Rehabilitation in Tirol

Referenzen

- (1) 1. Yndigeegn et al. 2024, NEJM 390:1372-82
- (2) Steg 2024, NEJM 390:1434-36



Foto: Portrait Dr. Kirchmair © Michaela Seidl