Herzinfarkt mit Linksherzinsuffizienz: Carvedilol günstig

r -- Dargie HJ. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left-ventricular dysfunction: the CAPRICORN randomised trial. Lancet 2001 (5. Mai); 357: 1385-90
[LINK]

Kommentar: Walter Angehrn

Studienziele

Dass Betablocker beim akuten Myokardinfarkt günstig wirken, ist bisher vorwiegend bei Kranken mit niedrigem Komplikationsrisiko gezeigt worden; eine manifeste Linksherzinsuffizienz galt lange als Kontraindikation für Betablocker. Nachdem Betablocker in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz gut etabliert sind, stellt sich die Frage nach Nutzen oder Schaden einer Betablockertherapie bei Kranken mit akutem Myokardinfarkt und schlechter linksventrikulärer Funktion.

Methoden

In einer randomisierten Multizenterstudie wurden 1'959 Männer und Frauen mit akutem Myokardinfarkt und einer linksventrikulären Auswurffraktion von 40% oder weniger zusätzlich zur Standardtherapie (ACE-Hemmer in 98%, Thrombolyse oder primäre Angioplastie in 46%) mit Carvedilol (Dilatrend®) oder mit Placebo behandelt. Die Carvedilol-Dosis betrug initial täglich 2mal 6,25 mg und wurde bei entsprechender Verträglichkeit alle 3-10 Tage bis zu einer täglichen Maximaldosis von 2mal 25 mg gesteigert. Die mittlere Beobachtungszeit betrug 1,3 Jahre. Als primärer Endpunkt wurde eine Kombination von Gesamtmortalität und Hospitalisationen wegen kardiovaskulärer Erkrankungen gewählt.

Ergebnisse

Beim kombinierten primären Endpunkt fand sich kein signifikantes Resultat. Carvedilol senkte aber die Gesamtmortalität von 15% auf 12% (p=0,03); unter Carvedilol ereigneten sich auch weniger Reinfarkte und kardiovaskuläre Todesfälle. Bei 74% der Behandelten konnte die Dosis bis auf das Maximum von 2mal 25 mg täglich hochtitriert werden. Wegen Unverträglichkeit wurde im Verlauf Carvedilol bei 20% und Placebo bei 18% der Kranken abgesetzt.

Schlussfolgerungen

Carvedilol senkt bei Myokardinfarkt mit schlechter linksventrikulärer Funktion die Gesamtmortalität und die kardiovaskuläre Mortalität sowie die Inzidenz von nicht-tödlichen Reinfarkten. Diese günstigen Wirkungen addieren sich zu denjenigen der ACE-Hemmer und einer koronaren Reperfusionstherapie.(MH)

Bei Personen mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion (in der Studie linksventrikuläre Auswurffraktion maximal 40%) früh nach Myokardinfarkt muss gemäss diesen Studienresultaten eine Betablockertherapie dringend in Erwägung gezogen werden. Bei langsamer Dosiseintitrierung ist die Verträglichkeit ausgezeichnet. Die absolute Reduktion der Mortalität nach 1 Jahr beträgt 2,3% (43 Personen müssen behandelt werden, um 1 Leben zu retten). Die Metaanalyse von randomisierten Studien mit ACE-Hemmern (SAVE, AIRE, TRACE) zeigt einen identischen Nutzen. Wichtig ist, dass sich der Nutzen beider Behandlungen addiert und dass deshalb eine Kombination von Betablockern und ACE-Hemmern angestrebt wird.

Walter Angehrn