



Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 600692-0 Fax: 0211 600692-10 mail : info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 600692-61 Fax: 0211 600692-67 mail : presse@dgk.org

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 10/2005

Beta-Blocker für alle?

Prof. Dr. Bernd-Dieter Gonska, Karlsruhe

Betasymphathikolytika sind in der Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen unverzichtbar. Etablierte Einsatzfelder sind die akute und chronische koronare Herzkrankheit, die Herzinsuffizienz, der arterielle Hypertonus, tachykarde Rhythmusstörungen und das hyperkinetische Herzsyndrom. Nicht-kardiologische Indikationsgebiete sind die Hyperthyreose, essentieller Tremor, Migräne, portale Hypertension, Glaukom sowie stressabhängige psychosomatische Störungen. Da eine Vielzahl von Betasymphathikolytika zur Auswahl steht, ist es sinnvoll, auf die physiologischen Grundlagen und die Pharmakologie der β -Rezeptorenblocker einzugehen.



Prof. Dr. Bernd-Dieter Gonska

Das sympathoadrenale System verfügt über Alpha- und Betarezeptoren. Alpharezeptoren (alpha 1, alpha 2) bewirken an der glatten Muskulatur der Gefäße eine Vasokonstriktion, β -1-Rezeptoren eine positive Inotropie, Chronotropie, Dromotropie und auch Bathmotropie, β -2-Rezeptoren eine Vasodilatation an den Koronargefäßen, Skelettmuskelgefäßen und der Lungenstrombahn. β -3-Rezeptoren entfalten ihre Wirkung im Stoffwechsel wie Lipolyse und Glykogenolyse. Die Subtypen der β -Rezeptoren sind an den Organen unterschiedlich verteilt – am Herzen überwiegen β -1-Rezeptoren, an Uterus, Fettgewebe, Lunge und so weiter die β -2-Rezeptoren. Diese physiologischen Unterschiede haben Einfluss auf die Auswahl

des geeigneten Betasympatholytikums. Bei einer primär kardialen Indikation ist ein kardioselektiver β -1-Rezeptorenblocker zu bevorzugen, bei einer nicht-kardialen wie zum Beispiel die Hyperthyreose ein unselektiver wie Propranolol.

Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems stehen epidemiologisch in der Morbidität und Mortalität an der Spitze. Grundsätzlich sind Beta-Blocker bei allen kardialen Erkrankungen einsetzbar.

Für die koronare Herzkrankheit ist der Nutzen der Beta-Blocker für die symptomatische und prognostische Indikation bewiesen. Bei einem akuten Myokardinfarkt wird durch den frühzeitigen Einsatz eine Reduktion der Frühsterblichkeit von 13 bis 36 Prozent erreicht. In den großen Postinfarktstudien konnte für die Mehrzahl der Beta-Blocker eine Prognoseverbesserung durch eine Senkung der Gesamtmortalität (- 20 Prozent), der Reinfarktrate (- 25 Prozent) und des plötzlichen Herztodes (- 30 Prozent) gezeigt werden. Bei diesen Ergebnissen müssen die pharmakologischen Besonderheiten einzelner Beta-Blocker berücksichtigt werden. Für Beta-Blocker mit intrinsischer sympathischer Eigenaktivität (zum Beispiel Oxprenolol, Pindolol) sowie für Sotalol, eine Substanz mit zusätzlicher Klasse-III-antiarrhythmischer Eigenschaft gelten diese Ergebnisse nicht. Einzuschränken ist, dass die Ergebnisse nur im ersten Jahr nach Myokardinfarkt nachweisbar sind und im Wesentlichen für die lipophilen, β -1-selektiven Beta-Blocker Bisoprolol und Metoprolol sowie die nicht-selektiven Carvedilol und Timolol gelten.

Das jüngste Einsatzgebiet der Beta-Blocker ist die Herzinsuffizienz. In den Studien mit Carvedilol, Bisoprolol und Metoprolol konnte eine Reduktion der Gesamtsterblichkeit von 34 bis 65 Prozent des plötzlichen Herztodes von 41 bis 55 Prozent gezeigt werden. Hierbei scheint Carvedilol durch seine zusätzliche alpha-antagonistische Eigenschaft von Vorteil zu sein.

In der Therapie der arteriellen Hypertonie gehören die Beta-Blocker neben den Diuretika, Calciumantagonisten, ACE-Inhibitoren und AT-1-Antagonisten zu der Basis. Daneben sind sie ideale Kombinationspartner der anderen Antihypertensiva. Für die Beta-Blocker sprechen die stärkere Wirksamkeit bei der Belastungshypertonie, die nachgewiesene Hypertrophieregression des Myokards und die für Hypertoni-ker belegte antiarrhythmische Komponente mit Senkung der plötzlichen Herztodesrate und die günstigen Effekte in der Sekundärprävention nach Schlaganfall und Myokardinfarkt (MAPPHY- Studie).

Beta-Blocker sind in der Therapie tachykarder Rhythmusstörungen sowohl akut, zur Rezidivprophylaxe als auch zur Primär- und Sekundärprävention des plötzlichen Herztodes einsetzbar. Akut sind Beta-Blocker zur Frequenzsenkung bei tachyarrhythmischem Vorhofflimmern, bei atrioventrikulären Tachykardien und bei ventrikulären Tachykardien indiziert. In der Rezidivprophylaxe sind sie unverzichtbar und überzeugen durch ihre äußerst geringe Proarrhythmierate und verhindern darüber hinaus die Arrhythmieaggravation von Klasse-I-Antiarrhythmika. Postinfarktstudien haben die Bedeutung der Beta-Blocker in der Primärprävention des plötzlichen Herztodes belegt, in der Sekundärprävention sind sie neben und mit dem implantierbaren Kardioverter/Defibrillator unverzichtbar..

Beta-Blocker sind in der Therapie kardialer Erkrankungen unumgänglich und sollten bei nahezu jeder kardialen Erkrankung unter Berücksichtigung der Unverträglichkeiten eingesetzt werden. Bei dem Einsatz sollte die pharmakologische Besonderheit des einzelnen Beta-Blockers entsprechend der Indikation berücksichtigt werden.

Das Thema „Beta-Blocker für alle“ muss sich jedoch nicht nur auf eine rein medizinische Indikation be-

ziehen. Es ist nicht zu übersehen, dass sich Beta-Blocker in unserer hektischen Zeit zu einer Life-Style-Droge entwickeln können. In die Dopinglisten mancher Sportarten haben sie bereits Eingang gefunden.