

Neue Daten zum Letalitätsrisiko von KHK-Patienten in Abhängigkeit von der Zahl und Art protektiver Medikamente

Im September 2004 haben wir über das Konzept der „Polypille“ zur Sekundär- und Primärprophylaxe kardiovaskulärer Komplikationen referiert und Stellung genommen (1). Im British Medical Journal erschien kürzlich ein Artikel von J. Hippisley-Cox und C. Coupland (2) mit Kommentar von T. Fahey et al. (3), alle aus Großbritannien, zu diesem Thema. Die Autoren untersuchten die allgemeine Letalität (all cause mortality) von 13029 neu mit KHK diagnostizierten Patienten (zwischen Januar 1996 und Dezember 2003) aus 89 Allgemeinpraxen des National Health Service in Abhängigkeit von der kardiovaskulären Medikation in der Zeit vor dem Tod. 2266 Verstorbene („cases“) wurden mit 9064 nicht verstorbenen Kontrollpatienten („controls“) verglichen, die hinsichtlich mittleren Alters (80 Jahre) und Geschlechterverteilung (55,7% Männer in beiden Kollektiven) weitgehend übereinstimmten.

Ermittelt wurde die Einnahme von Statinen, ASS, ACE-Hemmern und Betablockern. Die niedrigste Letalität war mit der Einnahme von Statin, ASS und Betablocker assoziiert („Reduktion der Letalität“ um 83%; 95%-Konfidenz-Intervall = CI: 77-88%), gefolgt von der gleichen Kombination plus ACE-Hemmer („Reduktion“ um 75%; CI: 65-82%), Statin, ASS und ACE-Hemmer („Reduktion“ um 71%; CI: 59-79%) und Statin und ACE-Hemmer („Reduktion um 31%; CI: -57% bis +12%). Betablocker als Monotherapie bewirkten nur eine „Reduktion“ der Letalität um 19% (CI: -37 bis +4%). Die Autoren sprechen von einer „Reduktion der Letalität“ durch bestimmte Medikamentenkombinationen, obwohl eine Ursache-Wirkungs-Beziehung nicht bewiesen ist. Die Vergleichsgröße, gegenüber welcher die Reduktion ermittelt wurde, war die Letalität bei Einnahme keines der angegebenen Medikamente. Von den Verstorbenen (cases) hatten 16,2% einen Diabetes mellitus im Vergleich mit nur 11,3% bei den nicht verstorbenen Patienten (controls). Hinsichtlich Herzinsuffizienz war das Verhältnis 31,6% zu 15,5%, zu früherem Herzinfarkt 39,4% zu 27,9% und zur Hypertonie 37,1% zu 40,8%.

Die Autoren betonen, dass es sich um eine Beobachtungsstudie handelt, in der unterschiedliche Indikationen für die Verschreibung der untersuchten Medikamente nicht berücksichtigt werden konnten. Auch ließen sich in einer solchen Studie nicht alle möglicherweise bedeutenden Störfaktoren („confounders“) eliminieren. Die Kommentatoren (3) halten die Studie für wichtig. Sie unterstütze andere, zum Teil prospektive Studien, die eine Reduktion des Letalitätsrisikos durch eine pathophysiologisch sinnvolle Kombination protektiv wirkender Medikamente bei KHK-Patienten belegen. Der Idee der Verordnung einer „Polypille“ an alle Menschen über 55, unabhängig vom KHK-Risiko entsprechend dem Vorschlag von Wald und Law (4), erteilen die Autoren des Kommentars jedoch eine Absage, da sehr viele Menschen die Pille unnötigerweise nähmen und deren UAW zu

erleiden hätten.

Fazit: Die referierte Studie (2) zeigt, dass KHK-Patienten, die bestimmte von behandelnden Ärzten ausgewählte kardioprotektiv wirkende Medikamente in Kombination einnehmen, ein geringeres Letalitätsrisiko haben als medikamentös unbehandelte KHK-Patienten. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend. Es ist kein Argument für die Entwicklung einer „Polypille“ mit festgelegter Kombination und Dosierung von Medikamenten für die Sekundärprophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse, geschweige denn für die Primärprophylaxe. Nur eine kontrollierte Studie kann weiterhelfen.

Literatur

1. [AMB 2004, 38, 68a.](#)
2. Hippisley-Cox, J.H., und Coupland, C.: Brit. Med. J. [2005, 330, 1059.](#)
3. Fahey, T., et al.: Brit. Med. J. [2005, 330, 1035.](#)
4. Wald, N.J., und Law, M.R.: Brit. Med. J. [2003, 326, 1419.](#)