

Renin-Angiotensinhemmer für alle mit koronarer Herzkrankheit sinnvoll?

m -- Bangalore S, Fakheri R, Wandel S et al. Renin angiotensin system inhibitors for patients with stable coronary artery disease without heart failure: systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMJ 2017 (19. Januar); 356: j4

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

Den Renin-Angiotensinhemmern («Renin Angiotensin System Inhibitors», RASI) – welche die ACE-Hemmer und die Angiotensin-Rezeptorblocker umfassen – wird eine Blutdruck-unabhängige Gefäß-Schutzwirkung zugeschrieben, weshalb sie bei koronarer Herzkrankheit häufig auch für Personen mit erhaltener linksventrikulärer Auswurfraction (LVEF) empfohlen werden. Anhand der vorliegenden Meta-Analyse sollte untersucht werden, wieweit diese Empfehlung auch bei koronarer Herzkrankheit mit einer LVEF von mindestens 40% evidenzbasiert ist. Berücksichtigt wurden alle verfügbaren randomisierten Studien, in denen bei stabiler koronarer Herzkrankheit RASI entweder mit Placebo oder mit einem anderen Antihypertensivum über mindestens ein Jahr verglichen worden waren.

24 Studien mit 61'961 Kranken und 198'275 Behandlungsjahren erfüllten die Auswahlkriterien. Im Vergleich mit Placebo schnitten die RASI gesamthaft zwar für alle Endpunkte besser ab; das relative Risiko betrug für Todesfälle jeglicher Ursache 0,84, für kardiovaskuläre Todesfälle 0,74, für Myokardinfarkte 0,82, für Hirnschläge 0,79, für Angina pectoris 0,94, und für Herzinsuffizienz 0,78. Wurden die Ergebnisse allerdings weiter aufgeschlüsselt, so waren RASI vor allem bei hohem Basisrisiko, also bei hoher Ereignisrate in der Placebogruppe, überlegen; bei tiefer Ereignisrate unter Placebo schnitten RASI sogar leicht schlechter ab. Auch im Vergleich mit einer anderen aktiven Therapie – seien es Kalziumantagonisten, Thiazid-Diuretika oder eine nicht näher definierte «konventionelle Therapie» – zeigten die RASI keine Vorteile. Der Blutdruck vor Studienbeginn hatte auf alle diese Resultate keinen Einfluss. ACE-Hemmer, nicht aber Angiotensin-II-Antagonisten, mussten häufiger wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden als die Vergleichstherapien.

Die vorliegende Meta-Analyse, die im Gegensatz zu den zugrunde liegenden Studien nicht gesponsert worden ist, zeigt anschaulich, dass ein statistisch «signifikantes» Resultat nicht automatisch klinisch relevant sein muss, sondern dass bei genauem Hinsehen manchmal nur eine Untergruppe von einer Behandlung profitiert. Dies trifft hier für ACE-Hemmer und Angiotensin-II-Antagonisten zu und dämpft die Euphorie gegenüber diesen Substanzklassen. Neu sind diese Medikamente bei koronarer Herzkrankheit nicht mehr für alle, sondern nur noch bei den klassischen Indikationen wie reduzierter linksventrikulärer Auswurfraction oder Hypertonie und dazu allgemein bei hohem kardiovaskulärem Risiko zu empfehlen. In der Praxis könnte zur Risikoabschätzung z.B. der Risikorechner der schweizerischen «Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose» (AGLA) herangezogen werden, wobei allerdings zu beachten ist, dass bei

bekannter koronarer Herzkrankheit die so errechneten Risikoprozentzahlen zu niedrig liegen.

Zusammengefasst und kommentiert von Markus Häusermann