

## Betablocker bei COPD-Patienten

### Eher nützlich als schädlich

Aus Furcht vor potenziellen pulmonalen Nebenwirkungen werden Betablocker bei COPD-Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen häufig nicht verordnet. Eine Studie zeigt nun, dass Betablocker COPD-Patienten jedoch nicht schaden, sondern im Gegenteil sogar nützlich sein könnten.

#### ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

Aufgrund systemischer Entzündungsprozesse, des Rauchens und anderer Atherosklerose-Risikofaktoren tragen COPD-Patienten ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Gleichzeitig sind kardiovaskuläre Symptome wie Atemnot, Müdigkeit oder auch Thoraxschmerzen in der Praxis kaum von denjenigen der COPD zu unterscheiden, sodass kardiovaskuläre Erkrankungen bei COPD oft nicht richtig erkannt und die Patienten in dieser Hinsicht nur unzureichend behandelt werden. Ein weiterer Grund für die mangelnde Therapie ist die Furcht vor Nebenwirkungen. So haben Betablocker bekanntermassen positive Wirkungen bei einer ganzen Reihe kardiovaskulärer Erkrankungen, werden bei COPD-Patienten jedoch eher zögerlich eingesetzt. Eine grosse Rolle spielt

dabei, dass Betablocker theoretisch bronchokonstriktiv sein und darüber hinaus kompetitiv die Wirkung von Beta-2-Agonisten schmälern könnten. Dieses Dogma scheint nach wie vor überlebt zu haben, obgleich man bereits in einigen Studien beobachten

konnte, dass zumindest die kardioselektiven Betablocker keineswegs schädlich für die COPD-Patienten gewesen waren.

#### Studiendesign und Resultate

In der vorliegenden Studie wurden die Krankenakten von insgesamt 2230 COPD-Patienten aus 23 Hausarztpraxen in den Niederlanden aus den Jahren 1996 bis 2006 ausgewertet. Das mittlere Patientenalter betrug zu Beginn 64,8 ( $\pm 11,2$ ) Jahre, das mittlere Follow-up 7,2 ( $\pm 2,8$ ) Jahre. Im Studienzeitraum starben 686 Patienten (30,8%), und 1055 (47,3%) erlitten mindestens eine Exazerbation. Bei 44,9 Prozent der



### KOMMENTAR

Dr. med. Hanspeter Anderhub,  
La Punt Chamues-ch

#### Betablocker bei COPD – OK! Aber nie ohne Spirometrie!

Viele meist ältere Patienten mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis haben diesbezüglich häufig einen geringen Leidensdruck, haben sich an den gelegentlichen Husten und Auswurf adaptiert und stufen sie zusammen mit einer herabgesetzten Leistungstoleranz als «altersmässig normal» ein. Ärzten gegenüber werden diese Probleme daher häufig nicht thematisiert und ungewollt unterschlagen. Der Arzt, der keine spirometrische Untersuchung durchführt – oder nicht daran denkt – bleibt im Unklaren. Er konzentriert sich auf die Behandlung des vordergründigen Problems, zum Beispiel die sich abzeichnende Herzinsuffizienz; unter anderem kommen Betablocker zum Einsatz. Wenn in der Folge die Leistungstoleranz weiter zurückgeht, die Patienten zunehmend müder sind und die Lust an Anstrengungen völlig verlieren, heisst das, das Herz wird «schlapper». Die Behandlung der Herzinsuffizienz muss intensiviert werden: Teure kardiologische Untersuchungen müssen her, es braucht mehr kardiologische Medikamente und beispielsweise muss die Betablockerdosis erhöht werden. Ein Teufelskreis bahnt sich an, der sich aber meistens durch das Ab- oder Ersetzen des Betablockers lösen lässt. Man muss einzig daran denken!

Vor allem die sogenannten kardioselektiven Betablocker tragen immer noch das Mäntelchen der Harmlosigkeit. Sie können ungeachtet aller bronchialen Probleme unbesehen weiter verordnet werden. Sie sind quasi «wonderdrugs» und man spricht beschönigend von «nur kleinen Dosierungen» und von «kardioselektiv». Hyperreaktiven Bronchien ist dies aber egal. Früher oder später werden sie sich häufig querstellen. Das wahre Problem, die Zunahme der Obstruktion, wird dann vom Arzt verkannt und der Patient seiner sich durch die Zunahme der Obstruktion verschlechternden Lebensqualität überlassen.

Meine Erfahrung ist, dass man bei Patienten mit COPD bei fast allen Betablockern mit vermehrten oder bisher unbekanntenen Manifestationen einer obstruktiven Bronchitis rechnen muss. Das «fast» bezieht sich auf die meines Wissens einzige Ausnahme: Nebivolol ermöglicht eine zuverlässige Betablockade, ohne die Bronchien irgendwie zu behelligen. Nebivolol kann daher, praktisch wirklich unbesehen, allen Patienten mit COPD oder sogar Asthma verabreicht werden.

Als Arzt ist man sicher gut beraten, etwas weniger kardiozentriert, dafür aber mehr an die diskret im Hintergrund agierenden Bronchien zu denken. Die wunderbare Erfindung der Spirometrie, diese einfache, billige aber aufschlussreiche Methode, kombiniert mit einer zielgerichteten Befragung sind die Hilfsmittel, die in solchen Situationen weiterhelfen können. ♦

### Merksatz

- ❖ Bei COPD-Patienten, die wegen Hypertonie oder kardiovaskulärer Erkrankungen Betablocker einnahmen, wurde ein niedrigeres Mortalitäts- und Exazerbationsrisiko beobachtet.

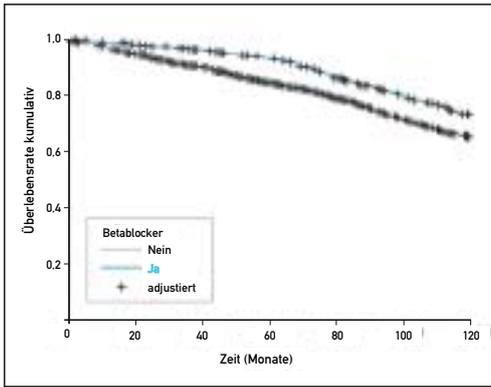


Abbildung: Kumulative Überlebensrate von COPD-Patienten mit oder ohne Betablockergabe.

Patienten hatten die behandelnden Ärzte kardiovaskuläre Komorbiditäten diagnostiziert. Insgesamt 665 Patienten (29,8%) erhielten Betablocker, in der Regel kardioselektive. Das Mortalitäts- und das Exazerbationsrisiko war bei den Patienten mit

Betablockern niedriger. So starben im Studienzeitraum 27,2 Prozent derjenigen mit Betablockern im Vergleich zu 32,3 Prozent derjenigen ohne Betablocker. Unter Betablockern kam es bei 42,7 Prozent der COPD-Patienten zu einer Exazerbation, in der Gruppe ohne Betablockergabe waren es 49,3 Prozent.

Nach statistischen Korrekturen bezüglich diverser, potenziell verfälschender Faktoren ergaben sich folgende Risiken bei Betablockergabe: Für die Mortalität betrug die Hazard Ratio 0,68 (95%-KI: 0,56–0,83) und für die Exazerbation 0,71 (95%-KI: 0,60–0,83) zugunsten des Betablockergabe.

### Schlussfolgerungen

Die Autoren der Beobachtungsstudie kommen zu dem Schluss, dass der Gebrauch von Betablockern bei COPD-Patienten mit Hypertonie oder kardiovaskulären Erkrankungen sinnvoll ist.

Sie weisen darauf hin, dass eine Metaanalyse randomisierter Studien die gute Verträglichkeit kardioselektiver Betablocker bereits belegt habe, und fordern eine randomisierte Studie zum Gebrauch von Betablockern bei COPD, um den Nutzen dieser Medikamente auch bei COPD-Patienten definitiv zu bestätigen. ❖

### Renate Bonifer

Rutten FH et al.:  $\beta$ -Blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010; 170(10): 880–887.

Interessenlage: Die Studienautoren deklarieren keine finanziellen Interessenkonflikte.

## Pharma News

Auf den Inhalt der Beiträge in der Rubrik Pharma News nimmt die Redaktion keinen Einfluss. Die Verantwortung trägt die Autorenschaft oder die auftraggebende Firma.

## Neu: Paracetamol 1 g Grünenthal

Paracetamol gilt als das Basisanalgetikum bei Fieber- und Schmerzzuständen.

Die EULAR (European League Against Rheumatism) empfiehlt Paracetamol in Dosierungen bis 4 g pro Tag insbesondere zur Behandlung von arthrosebedingten, rheumatischen Schmerzen.

Grünenthal Pharma AG ergänzt mit den Generika Paracetamol 1 g Grünenthal und Paracetamol 500 mg Grünenthal ihre Produktpalette im Bereich leichter Schmerzzustände.

Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte:

Grünenthal Pharma AG  
Herr Bruno Färber  
Sändli  
8756 Mittlödi  
Tel. 055-647 31 31  
Fax 055-647 31 50  
E-Mail: bruno.farber@grunenthal.com

Es sind folgende Handelsformen verfügbar:

Produkte	Handelsformen	Liste	Ex-Factorypreis	Publikumspreis
Paracetamol 1 g Grünenthal	Tabl 1 g 16 Stk.	B	1,97	6,35
Paracetamol 1 g Grünenthal	Tabl 1 g 40 Stk.	B	4,58	9,35
Paracetamol 1 g Grünenthal	Tabl 1 g 100 Stk.	B	9,72	19,35
Paracetamol 500 mg Grünenthal	Tabl 500 mg 20 Stk.	D	1,30	2,40
Paracetamol 500 mg Grünenthal	Tabl 500 mg 100 Stk.	B	5,85	14,90



Alle Formen sind kassenzulässig.