

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier

Herausgeber: D. von Herrath, W. Thimme

Schriftleitung: D. von Herrath, W.-D. Ludwig,

W. Oelkers, J. Schuler, W. Thimme

Mitarbeiter: A. Michalsen, A. Stallmach



Beirat: H. G. Beger, Ulm; J. Bircher, Herdecke; H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; E. Habermann, Gießen; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; M. Rothmund, Marburg; T. Schaberg, Rotenburg/Wümme; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; W. Thies, Berlin; H.-U. Wahn, Berlin; H. Zeidler, Hannover; M. Zeitz, Homburg/Saar

Schriftleitung: Am Nordgraben 2,
Telefon (030) 745 20 47, Telefax (030) 76,- DM inklusive Versandkosten
Nachdruck, auch auszugsweise, i

130) 41941001 · Verlag: Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin,
/www.der-arzneimittelbrief.de · Konto: Postbank Berlin 474 28-101 (BLZ 100 100 10) · Jährlicher Bezugspreis
Abonnements für Studenten 46,- DM inklusive Versandkosten im Inland · Erscheinungsweise monatlich ·
geber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 34 · Nr. 12

ZB MED

Berlin

Dezember 2000

Therapie bei Vorhofflimmern – mit Kanonen auf Spatzen?

Zusammenfassung: Patienten mit stabilem Vorhofflimmern haben unter adäquater Kontrolle der Herzfrequenz und unter effektiver Thromboembolie-Prophylaxe eine gute Prognose. Bei geringen Symptomen, vorausgegangenem Kardioversionsversuchen oder bei erheblichen kardialen Grundkrankheiten sollte in der Regel keine Kardioversion versucht werden, denn es ist bisher nicht bewiesen, daß durch diese Behandlung die Prognose verbessert wird. Nach Kardioversion ist meist eine Prophylaxe mit Antiarrhythmika erforderlich, um den wiederhergestellten Sinusrhythmus zu erhalten. Dabei ist allerdings das Risiko unerwünschter proarrhythmischer Effekte – besonders wenn eine kardiale Krankheit zugrunde liegt – ein Problem. Auch wenn der wiederhergestellte Sinusrhythmus zunächst therapeutisch befriedigt, so sind Patienten nach Kardioversion doch gefährdet durch eventuelle unerwünschte Wirkungen der Antiarrhythmika und durch Rezidive des Vorhofflimmerns mit erneuten Beschwerden, mit erneuten Krankenhausaufenthalten und mit erhöhtem Risiko für einen Schlaganfall.

Vorhofflimmern ist eine sehr häufige Rhythmusstörung mit einer Prävalenz von $\geq 5\%$ bei Personen über 65 Jahren (20). Die Sterblichkeit bei Vorhofflimmern ist doppelt so hoch wie bei der „Normalbevölkerung“, wobei sich das höhere Risiko überwiegend auf die zugrundeliegenden kardiovaskulären Erkrankungen zurückführen läßt (14). Ob durch eine Kardioversion das Risiko für Thromboembolien vermindert oder sogar die allgemeine Sterblichkeit gesenkt werden kann, ist bisher nicht belegt und zumindest für den zweiten Punkt unwahrscheinlich. Durch eine dem Risiko angepaßte Embolieprophylaxe, in der Regel mit Phenprocoumon (Marcumar), kann die Häufigkeit zerebraler Ereignisse verringert werden (10). Durch Senken der Herzfrequenz mit Betarezeptoren-Blockern, Kalziumantagonisten und/oder Digitalis wird ein großer Teil der Patienten mit Vorhofflimmern symptomarm (24; s. a. Tab. 1).

Die Therapie mit antiarrhythmisch wirksamen Medikamenten ist problematisch. Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit ist nach Gabe von Gruppe-I-Antiarrhythmika der plötzliche Herztod häufiger, auch wenn die Extrasystolen im Langzeit-EKG abnehmen (6). In einer Metaanalyse zeigte sich, daß durch die Gabe von Chinidin bei Patienten mit Vorhofflimmern zwar häufiger ein Sinusrhythmus erhalten werden kann, die Sterblichkeit aber ansteigt (7). Daten der SPAF-Studie deuten auf eine erhöhte Sterblichkeit unter Gruppe-I-Antiarrhythmika bei Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern hin (9). Das Risiko proarrhythmischer Effekte ist allerdings bei Patienten ohne Herzinsuffizienz (d. h. mit guter linksventrikulärer Funktion) und

Inhalt dieser Ausgabe

Therapie bei Vorhofflimmern – mit Kanonen auf Spatzen?	89
Zu Therapie und Prophylaxe des paroxysmalen Vorhofflimmerns	92
Adjuvante Chemotherapie des kolorektalen Karzinoms. Qualität der Versorgung in Deutschland	93
Adjuvante Chemotherapie des kolorektalen Karzinoms: Randomisierte Studie zum Stellenwert der Dosis von Folsäure sowie von Levamisol (QUASAR)	94
Jede Senkung des HbA _{1c} - oder Blutdruckwertes bei Typ-2-Diabetikern hilft, Komplikationen zu vermeiden (UKPDS 35 und 36)	95
Ginkgo biloba: Ist der Blätter-Extrakt wirksam?	95
Leserbrief	
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Clopidogrel	96
Angebot: Schlagwortregister AMB und Akronym-Liste auf 3,5"-Disketten	96

Dosisangaben ohne Gewähr!

ohne Koronare Herzkrankheit gering (9). Trotzdem finden sich in den meisten, oft kleinen Kardioversions-Studien auch bei Patienten ohne diese Risikofaktoren in 0,5–5% maligne proarrhythmische Effekte unter Antiarrhythmika (19, 20, 22). Wenn die Patienten nicht so gut wie in den meisten Studien überwacht sind, können darüber hinaus Elektrolytstörungen, Kumulation der Antiarrhythmika bei Niereninsuffizienz (z. B. Sotalol) oder zusätzlich verabreichte, QT-Zeit-verlängernde Medikamente (Antidepressiva, Antihistaminika, Prokinetika, Makrolid-Antibiotika u. a.) maligne Rhythmusstörungen induzieren.

Aufgrund der vorliegenden Daten sollten Antiarrhythmika bei Vorhofflimmern zurückhaltend und differenziert gegeben werden. Eine Indikation zur Kardioversions-Behandlung ergibt sich in erster Linie aus den Symptomen des Patienten, wenn sie trotz adäquater Senkung der Herzfrequenz weiterbestehen (s. Abb. 1). Ein Vorschlag zum Vorgehen bei Patienten mit *anhaltendem Vorhofflimmern* ist in Abb. 2 dargestellt. Die elektrische Kardioversion sollte bevorzugt werden, weil hierbei der Herzrhythmus mit Monitor kontrolliert wird und hohe Dosen von Antiarrhythmika, wie sie zur medikamentösen Kardioversion oft erforderlich sind, vermieden werden. Nach neueren Daten kann sowohl durch eine Vorbehandlung mit den Gruppe-III-Antiarrhythmika Ibutilid (17)

z. B.

1375
ZB MED