

ZB MED

# DER ARZNEIMITTELBRIEF

UNABHÄNGIGES INFORMATIONSBLATT

**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, 13509 Berlin, Telefon (030) 41941001 · Verlag: Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 7452047, Telefax (030) 7453066, Internet: <http://www.der-arzneimittelbrief.de> · Konto: Postbank Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis 76,- DM inklusive Versandkosten im Inland. Preis des Jahresabonnements für Studenten 46,- DM inklusive Versandkosten im Inland · Erscheinungsweise monatlich · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 34 · Nr. 9

Berlin

September 2000

## Implantierbare Kardioverter zur Behandlung bedrohlicher tachykarder Herzrhythmusstörungen. Setzen sie sich auch zur primären Prophylaxe durch?

Tachykarde Herzrhythmusstörungen sind eine sehr häufige Todesursache von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und eingeschränkter Ventrikelfunktion. Die Prophylaxe mit den klassischen Antiarrhythmika hat bisher keine überzeugenden Erfolge gezeigt. Eine Gruppe von Kardiologen aus USA und Kanada hat jetzt untersucht, ob die Ergebnisse besser sind, wenn nur Patienten mit besonders hohem Risiko prophylaktisch behandelt werden, nämlich solche mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (EF < 40%), nicht anhaltender Kammertachykardie und Auslösbarkeit einer anhaltenden tachykarden Herzrhythmusstörung bei der elektrophysiologischen Untersuchung. Die antiarrhythmische Therapie wurde durch begleitende elektrophysiologische Untersuchungen in ihrer Wirksamkeit überwacht (1).

704 Patienten wurden in die Untersuchung eingeschlossen und nach elektrophysiologischer Testung entweder antiarrhythmisch behandelt oder nicht. Endpunkte waren plötzlicher Herztod oder Tod durch Arrhythmie. Diesen Endpunkt erreichten innerhalb von fünf Jahren 25% der antiarrhythmisch behandelten und 32% der nicht antiarrhythmisch behandelten Patienten. Der Vorteil für die antiarrhythmisch behandelten Patienten kam dadurch zustande, daß den Patienten dieser Gruppe ein Defibrillator implantiert werden durfte, wenn eine Tachykardie auch unter antiarrhythmischer Prophylaxe auszulösen war: nur etwa 10% der mit Defibrillator behandelten Patienten erreichte den Endpunkt gegenüber 35% der nicht mit Defibrillator behandelten. Der Defibrillator ist also offenbar der medikamentösen Prophylaxe deutlich überlegen.

Die Studie wurde von verschiedenen Herstellern von Antiarrhythmika und Defibrillatoren finanziell unterstützt. Kritikpunkte sind: nur 51% der nicht antiarrhythmisch behandelten Patienten erhielten als Basistherapie Betablocker, 63% Azetylsalizylsäure, 53% Digitalis, 58% Diuretika. Über andere Behandlungsmaßnahmen (Statine, Diät, Bewegungstherapie) wird nicht berichtet. Hier blieben sicher prophylaktische Möglichkeiten ungenutzt. Auch das nachgewiesenermaßen wirksame Antiarrhythmikum Amiodaron (2) wurde nicht mit der Wirksamkeit des Defibrillators gesondert verglichen.

Bei der hypertrophen, obstruktiven Kardiomyopathie kommt es im Endstadium häufig zu Kammertachykardien und -flimmern. Auch diesen Patienten wird daher gelegentlich ein Defibrillator implantiert. Im New England Journal of Medicine wird über 128 Patienten berichtet, die so behan-

## Inhalt dieser Ausgabe

Implantierbare Kardioverter zur Behandlung bedrohlicher tachykarder Herzrhythmusstörungen. Setzen sie sich auch zur primären Prophylaxe durch? . . . . .	65
Einfluß des Stimulationsmodus auf kardiovaskuläre Letalität und Morbidität bei Schrittmacher-Patienten . . . . .	66
Vergleich von PTCA mit medikamentöser Behandlung bei stabiler Angina pectoris . . . . .	67
Nochmals: Clopidogrel oder Ticlopidin nach Stent-Implantation? Die CLASSICS-Studie . . . . .	67
Lamivudin zur Behandlung der chronischen Hepatitis B bei dekompensierter Leberzirrhose . . . . .	68
Kann eine medikamentöse Prophylaxe Okklusionen biliärer Stents verhindern? . . . . .	68
Methotrexat zur Rezidivprophylaxe beim M. Crohn . . . . .	69
Intranasales Midazolam bei Fieberkrämpfen des Kindes . . . . .	69
Neue Spezial-Margarine zur Cholesterinsenkung? . . . . .	70
Schwere Hypotension mit Organversagen durch Überdosierung von Diltiazem . . . . .	70
Vorhofflimmern durch Sumatriptan . . . . .	71
Leserbriefe	
Nochmals: Absetzen von Azetylsalizylsäure vor Operationen . . . . .	71
Anaphylaktische Reaktionen nach parenteraler Gabe nicht steroidaler Antiphlogistika (NSAID) . . . . .	72
Wirksamkeit von Monoaminoxidase-Hemmern bei M. Parkinson und Depressionen . . . . .	72

Dosisangaben ohne Gewähr!

delt wurden (3). Im Verlauf (im Mittel 3,1 Jahre) kam es wegen bedrohlicher Rhythmusstörungen bei 29 Patienten zu angemessenen Defibrillator-Entladungen, die den normalen Herzrhythmus wiederherstellten. Bei 32 Patienten kam es zu Entladungen, die nicht durch Tachykardie ausgelöst waren. Insgesamt zeigen Defibrillatoren auch bei dieser Indikation eine Wirksamkeit. Es handelt sich hier aber nicht um eine Untersuchung, bei der diese Art der antiarrhythmischen Therapie mit anderen Interventionen (Pharmakotherapie, Schrittmachertherapie oder Gefäßablation)

25. B  
1375  
ZB MED