

ZB MED
ARRHYTHMIEBEDINGTER HERZSTILLSTAND

Amiodaron in (evidenzbasierte) Leitlinien zur Reanimation aufgenommen

- ▶ Einzige kontrollierte Studie unter realistischen Umständen
- ▶ Prognostischer Gewinn bei früherer Amiodaron-Infusion?
- ▶ Herztodprophylaxe: ICD nicht immer besser als Amiodaron

ZUM THEMA

Die Autoren der „Internationalen Leitlinien 2000 zur kardiopulmonalen Wiederbelebung und kardiovaskulären Notfallversorgung“ haben es sich nicht einfach gemacht. Denn sie haben alle Maßnahmen – nicht nur neu vorgeschlagene, sondern auch seit langem etablierte – bei einer mit Experten aus vier Kontinenten besetzten Konsensuskonferenz einer peniblen wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen.

Besonders bei den pharmakologischen Strategien ergeben sich dadurch zum Teil erhebliche Veränderungen gegenüber der vorhergehenden Version. Auf Diskrepanzen zwischen „Empirie“ und „Evidenz“ stieß man unter anderem beim Reanimationsmanagement des Herzstillstands durch Kammerflimmern. Als Konsequenz musste der so genannte „Goldstandard“ Lidocain seinen Platz als Mittel der ersten Wahl zugunsten von Amiodaron räumen.

Ma VI
23 380
- 42, 3 Beil.
ZB MED



Springer

Etwa die Hälfte aller kardiovaskulär bedingten Todesfälle tritt unerwartet und plötzlich ein. Überproportional häufig – schätzungsweise bei 60 bis 80 % der Betroffenen – geht dem Zusammenbruch der Herz-Kreislauf-Funktionen ein Kammerflimmern oder pulslose Kammertachykardien voraus. Ob der „elektrische Unfall“ letal ist, hängt ganz entscheidend von der Zeitspanne bis zur Konversion in den Sinusrhythmus ab. Jede Minute, die sich die Defibrillation verzögert, mindert die Überlebenschance um 7 – 10 %. Sind die basalen (ABC-Regel) und elektromechanischen Maßnahmen nicht erfolgreich, bietet sich eine zweite Chance durch den Einsatz von pharmakologischen Alternativen.

Wissenschaftlicher Beweis löst therapeutische Gewohnheit ab

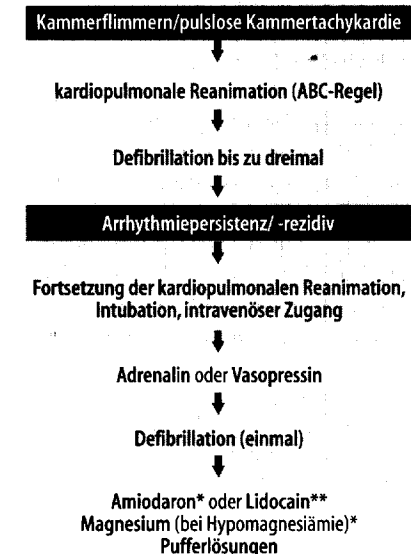
Die „Internationalen Leitlinien 2000 zur kardiopulmonalen Wiederbelebung und kardiovaskulären Notfallversorgung“ haben nach Aussage von Peter Kowey, Philadelphia/USA, im Vergleich zu den früheren Versionen eine wesentlich rationalere Basis. Sie orientieren sich zum ersten Mal an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. In der Interpretation der Bewertung werden nicht nur Empfehlungen der Klasse I (hervorragende Datenlage) und IIa (gut bis sehr gut) als klinischer Standard bezeichnet, sondern auch die der Klasse IIb (viel versprechend bis gut) solange es keine besseren Alternativen gibt. Unter die Klasse III subsumierte Maßnahmen sollten nicht angewandt werden, da sie wahrscheinlich schaden. Zwischengeschaltet wurde eine Klasse mit der Bezeichnung „unklar“. Dabei handle es sich um Therapieoptionen ohne eindeutige Belege für einen

positiven oder negativen Effekt, so Kowey.

Im Kapitel zum Notfallmanagement bei arrhythmiebedingtem Herzstillstand betreffen die „radikalsten“ Änderungen das pharmakologische Vorgehen bei refraktären Patienten (Schema). Zur Stabilisierung der Hämodynamik steht Adrenalin zwar immer noch traditionell an der ersten Stelle, das erstmals in die Empfehlungen aufgenommene Vasopressin stellt hier die erste große Neuerung dar.

Ebenso einschneidend ist bei der spezifisch antiarrhythmischen Therapie der Austausch des bisher weltweit als „Goldstandard“ angesehenen Lidocains durch

SCHEMA



* IIb-Evidenz = viel versprechend bis gut belegter Nutzen
** unklare Evidenz = kein belegter Nutzen oder Schaden

(nach International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation [CRP] and Emergency Cardiovascular Care [ECC]; Circulation 2000; 102 [Suppl])

▲ Kurz gefasster und auf deutsche Verhältnisse adaptierter Algorithmus zum Vorgehen bei arrhythmiebedingtem Herzstillstand