

DER ARZNEIMITTELBRIEF

INTERNATIONAL SOCIETY OF DRUG BULLETINS INFORMATIONSBLAATT

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, Internet: www.der-arzneimittelbrief.de · **Verlag:** Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 7452047, Fax (030) 7453066, Internet: www.westkreuz.de, E-mail: vertrieb@westkreuz.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 35 · Nr. 8

Berlin

August 2001

Prävention des Plötzlichen Herztods. Medikamentöse und nicht- medikamentöse antiarrhythmische Therapie

Zusammenfassung: Patienten nach Myokardinfarkt sowie Patienten mit Herzinsuffizienz sollten zur Prävention des Plötzlichen Herztods Betarezeptoren-Blocker erhalten. Klasse-I-Antiarrhythmika sind bei beiden Patientengruppen kontraindiziert. Sotalol hat ein hohes proarrhythmisches Potential und verbessert die Prognose allenfalls geringfügig, wobei ein günstiger Effekt am ehesten noch bei Patienten mit hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion und nicht-ischämischer Kardiomyopathie besteht. Eine Indikation zur Implantation eines Defibrillators (ICD) im Rahmen einer primären Prävention besteht bei Patienten nach Myokardinfarkt mit einer Ejektionsfraktion von $\leq 40\%$, nicht-anhaltenden Kammertachykardien und Induzierbarkeit von Rhythmusstörungen bei der elektrophysiologischen Untersuchung. Patienten mit ungeklärter Synkope und kardiovaskulärer Erkrankung sollten bei Induzierbarkeit von Rhythmusstörungen mit einem ICD versorgt werden. Zur sekundären Prävention des Plötzlichen Herztods ist der ICD die Therapie der Wahl.

Der Plötzliche Herztod ist in der westlichen Welt häufig. Allein in Deutschland sterben jährlich 80 000 bis 90 000 Menschen auf diese Weise. Ursachen sind in den meisten Fällen *ventrikuläre Tachykardien* oder *Kammerflimmern* (1). Nur bei Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz überwiegen primär *bradykarde Herzrhythmusstörungen* als Ursache für den Plötzlichen Herztod (2).

Die Überlebenschancen beim Auftreten maligner ventrikulärer Tachyarrhythmien sind schlecht, da mit Verstreichen jeder Minute, in der ein Patient mit Kammerflimmern nicht defibrilliert wird, die Letalität um 7–10 % ansteigt (3). Der Prävention maligner Arrhythmien kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. Neben Patienten mit selteneren Herzkrankheiten sind vor allem Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz und eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (EF) bedroht. Die Prävention nach Myokardinfarkt liegt das Risiko für den Plötzlichen Herztod bei 2–4 %/Jahr, bei Patienten mit Herzinsuffizienz bei 5–10 %/Jahr. Neben der Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion ist das Risiko auch mit der Häufigkeit ventrikulärer Extrasystolen und ventrikulärer Salven (nicht-anhaltende ventrikuläre Tachykardien) assoziiert (4).

Inhalt dieser Ausgabe

| | |
|--|----|
| Prävention des Plötzlichen Herztods. Medikamentöse und nicht-medikamentöse antiarrhythmische Therapie | 57 |
| Dofetilid – ein neues Antiarrhythmikum. Proarrhythmische Effekte unter Langzeittherapie | 60 |
| Günstige Wirkungen der Substitution von DHEA auch bei Männern mit Addison-Krankheit | 61 |
| Zusätzliche Therapie mit dem Leukotrien- Antagonisten Montelukast bei vorbehandeltem schwerem Asthma wirkungslos | 61 |
| Systematischer Review: Orale Mukolytika vermindern akute Rezidive bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung | 62 |
| Antibiotische Prophylaxe einer Borreliose nach Zeckenbiss ist in der Regel nicht sinnvoll | 62 |
| Kontrollierter Behandlungsversuch mit Antibiotika bei Patienten mit persistierenden Symptomen trotz lege artis behandelter Borreliose | 63 |
| Frühzeitiger Einsatz von Interferon beta-1a bei Multipler Sklerose? | 63 |
| Ukrain: Verstoß gegen die Aufklärungspflicht ... | 64 |
| <i>Dosisangaben ohne Gewähr!</i> | |

Bei Patienten mit anhaltenden ventrikulären Arrhythmien oder nach erfolgreicher Reanimation (überlebter Plötzlicher Herztod) liegt das Risiko sogar bei 15–25 %/Jahr. Im folgenden soll der Wert einer prophylaktischen Pharmakotherapie mit Antiarrhythmika und Betarezeptoren-Blockern sowie der Nutzen einer Therapie mit einem implantierbaren Defibrillator dargestellt werden.

Antiarrhythmika: Antiarrhythmika können ventrikuläre Extrasystolen und nicht-anhaltende ventrikuläre Tachykardien supprimieren. Früher war man davon ausgegangen, daß durch eine Suppression ventrikulärer Extrasystolen die Prognose der Patienten verbessert werden mußte. In den CAST-Studien (5–7) wurde jedoch belegt, daß durch die proarrhythmischen Effekte der Antiarrhythmika – trotz Suppression der ventrikulären Extrasystolen – die Häufigkeit des Plötzlichen Herztods zunimmt und insgesamt die Prognose verschlechtert werden kann.

Klasse-I-Antiarrhythmika sind Natriumkanal-Blocker, die je nach Einfluß auf die Dauer der Repolarisation in die Klas-