

**ZB MED**

 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, M. Döring

 Jahrgang 37  
 Nr. 9  
 Berlin  
 September 2003

## Die Bedeutung der Kardioversion bei Vorhofflimmern

**Zusammenfassung:** Bei kardiopulmonal stabilen Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern (VF) muß nicht in jedem Fall ein Sinusrhythmus wiederhergestellt werden. Eine die Frequenz und die Symptome kontrollierende Therapie schafft bei über 80 % dieser Patienten ebenso viel „Lebensqualität“ wie die Wiederherstellung des Sinusrhythmus. Auch kardiale Dekompensationen und Schlaganfälle sind nicht häufiger, wenn das VF belassen wird und die Patienten antikoaguliert werden. Sonderfälle, die von den Studien unzureichend erfaßt werden, sind jüngere Patienten mit VF, Patienten mit bedeutsamer kardialer Komorbidität und Patienten mit starkem Leidensdruck. Hier wird man weiterhin primär den Sinusrhythmus anstreben. Bei einer rhythmuskontrollierenden Strategie erspart man den Patienten auch kaum Medikamente; zudem ist mit häufigeren Komplikationen durch die Therapie zu rechnen. Außerdem sollten Patienten mit wiederhergestelltem Sinusrhythmus, zumindest wenn sie schon einmal ein VF-Rezidiv erlitten haben, dauerhaft antikoaguliert werden, weil die meisten Rezidive asymptomatisch verlaufen und somit häufig nicht diagnostiziert werden.

„Die Frequenzkontrolle kann nun als primäre Strategie bei der Therapie des Vorhofflimmerns angesehen werden“. Zu diesem Schluß kommt M. E. Cain von der Washington University in seinem Kommentar zweier Studien zur Behandlung des Vorhofflimmerns (1). Diese beiden aktuellen Studien und eine weitere aus Deutschland sollen unsere Übersicht zur Therapie des Vorhofflimmerns von vor drei Jahren (2) aktualisieren.

Die AFFIRM-Studie (3) schloß in den USA 4060 Patienten mit Vorhofflimmern ein. Die Studienpatienten waren 65 Jahre oder älter (im Mittel 69 Jahre). Bei 35 % wurde erstmalig VF diagnostiziert. Bei 69 % dauerte das VF länger als zwei Tage, bei 10 % länger als 6 Wochen. Über 70 % der Patienten hatten als Grunderkrankung Bluthochdruck und 38 % Koronare Herzkrankheit. Bei 13 % war keine kardiale Erkrankung festzustellen („Lone atrial fibrillation“). 75 % hatten eine normale linksventrikuläre Auswurfraction.

Die Patienten wurden zwei Therapiestrategien zugelost. In der Rhythmuskontroll-Gruppe (RG) sollte der Sinusrhythmus wiederhergestellt und erhalten werden. Die Strategie wurde dabei den behandelnden Ärzten überlassen. Es durfte elektrisch und medikamentös kardiovertiert und zum Erhalt des Sinusrhythmus Antiarrhythmika verabreicht werden. Zur Auswahl standen Amiodaron, Disopyramid, Flecainid, Morizin, Procainamid, Propafenon, Chinidin, Sotalol, Dofetilid bzw. eine Kombination aus mehreren dieser Substanzen. Eine Antikoagulation (INR 2-3) wurde empfohlen, konnte aber beendet werden, wenn nach erfolgreicher Kardiover-

## Inhalt dieser Ausgabe

Die Bedeutung der Kardioversion bei Vorhofflimmern	65
Finasterid zur Prophylaxe des Prostatakarzinoms?	
Eher nein	67
Netzwerk-Metaanalyse der Antihypertensiva	67
Carvedilol oder Metoprolol – kein wesentlicher Unterschied bei der Therapie der Herzinsuffizienz?	
Die COMET-Studie	68
Deferipron zur Behandlung des erhöhten Eisenspiegels bei Thalassämia major	69
Verstärkung der sensorischen Neuropathie nach Oxaliplatin durch größere Operationen	70
So langsam mahlen die Mühlen	70
Leserbriefe	
Wert der Grippe-Schutzimpfung	71
Nachweis von okkultem Blut im Stuhl	72

*Dosisangaben ohne Gewähr!*

sion mindestens vier Wochen lang Sinusrhythmus bestand. Bei 70 % wurde sie letztlich während der Studiendauer beibehalten.

In der Frequenzkontroll-Gruppe (FG) wurde das VF akzeptiert. Es wurde eine Ruhfrequenz von maximal 80/min und eine Belastungsfrequenz von maximal 120/min angestrebt. Im Protokoll waren hierzu folgende Substanzen vorgesehen: Betablocker, Kalziumantagonisten (Verapamil oder Diltiazem), Digitalis bzw. eine Kombination dieser Substanzen. Alle Patienten in der FG sollten antikoaguliert bleiben (INR 2-3). Bei 85% wurde dies lückenlos durchgeführt.

Der primäre Endpunkt in der AFFIRM-Studie waren die Sterblichkeit und ein Kombinationsendpunkt von Tod, Schlaganfall, vaskulärer Demenz, Herztod und größeren Blutungen. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 3,5 Jahre, maximal 6 Jahre. Regelmäßige Kontrollvisiten waren nur etwa alle 6 Monate vorgesehen.

In der FG war nach 5 Jahren etwa ein Drittel der Patienten im Sinusrhythmus. Bei den übrigen wurde immerhin bei 80% eine zufriedenstellende Frequenzkontrolle erzielt. Bei etwa 15 % blieb die Therapie unbefriedigend. Diese Patienten wechselten in die RG und wurden dort zumeist mit Amiodaron behandelt. Bei 5 % wurde als Ultima ratio eine AV-Knoten-Modifikation mit oder ohne Schrittmacherimplantation durchgeführt.

In der RG bestand nach 5 Jahren bei 62% der Patienten Sinusrhythmus. Die Patienten erhielten mehrheitlich Amiodaron (63 %), seltener Sotalol (41 %) oder ein Klasse-I-Antiarrhythmikum (44 %). Ein Drittel der RG-Patienten wechselte wegen Therapieversagens oder unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) in die FG. So erhielten viele

258  
1375  
ZB MED