

Journal für **Kardiologie**

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongressbericht:

Satellitensymposium

**Paradigmenwechsel beim Management
des Vorhofflimmerns**

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2009; 16

(7-8), 310-311

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Paradigmenwechsel beim Management des Vorhofflimmerns

Satellitensymposium im Rahmen der ÖKG-Jahrestagung 2009
Salzburg, 3.–6.6.2009

M. Hanna-Klinger

■ Neues Behandlungsziel: Morbiditäts- und Mortalitätsreduktion

Vorhofflimmern ist im klinischen Alltag die mit Abstand häufigste Rhythmusstörung. Die therapeutischen Bemühungen sind trotz zunehmenden Wissens über die Erkrankung bisher eher von bescheidenem Erfolg. Neben interventionellen Methoden werden daher vor allem effizientere und nebenwirkungsärmere Medikamente gesucht, um Patienten nachhaltig im stabilen Sinusrhythmus zu halten. Dronedaron, eine Substanz, die über ihre antiarrhythmische Wirkung hinaus auch kardiovaskulär protektive Effekte zeigt, steht unmittelbar vor der Zulassung.

Schätzungen zufolge sind in Österreich etwa 130.000 Menschen von Vorhofflimmern (VHF) betroffen. Patienten mit VHF zeigen deutlich erhöhte Morbidität und Mortalität: Die Insultrate steigt um das 4,5-Fache, das Risiko für eine Herzinsuffizienz (HI) 2,5-fach. Die Lebensqualität der Betroffenen ist stark eingeschränkt. Letztlich beanspruchen die durch VHF verursachten Kosten etwa 1–2 % des Gesundheitsbudgets.

■ Sinusrhythmus verbessert die Prognose

„Im Management des Vorhofflimmerns zeichnet sich ein deutlicher Paradigmenwechsel ab“, betont **Prof. Dr. John Camm** von der St. George's University of London, GB. Rund um die therapeutischen Entwicklungen der vergangenen 10 Jahre entstanden wiederholt Debatten um frequenz- versus rhythmuskontrollierende Behandlungsstrategien. Camm: „Auch wenn viele Studien Vorteile für die Frequenzkontrolle postulierten, wurde dennoch der Wert des Sinusrhythmus erkannt.“ So auch in der AFFIRM-Studie, die einen Meilenstein in der Therapie des Vorhofflimmerns darstellt [The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management Investigators, N Engl J Med 2002].

Dr. Wilhelm Kaltenbrunner, 3. Medizinische Abteilung mit Kardiologie und Interne Notaufnahme, Wilhelminenspital, Wien: „In einer Post-hoc-Analyse wurde unabhängig von der Behandlungsgruppe für den Erhalt des Sinusrhythmus eine verbesserte Prognose mit reduzierter Mortalität nachgewiesen.“

Ein systematisches Review randomisierter kontrollierter Studien zeigt, dass ein Wiederauftreten von VHF durch die Anwendung nahezu aller antiarrhythmischer Medikamente deutlich reduziert werden kann [Lafuente-Lafuente C et al., Arch Intern Med 2006]. Camm: „Allerdings würde keine dieser Therapien in Bezug auf eine Mortalitätsreduktion bei Vorhofflimmerpatienten einen Effekt zeigen.“

■ Dronedaron – mehr als ein Antiarrhythmikum

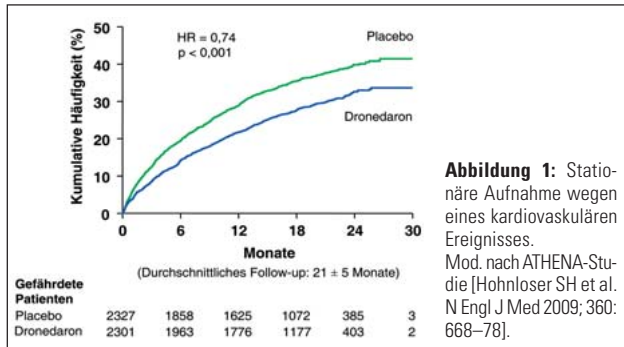
Große Aufmerksamkeit gilt daher derzeit Dronedaron, ein dem Amiodaron verwandtes, jedoch jodfreies Benzofuran, das über mehrfache Angriffspunkte antiarrhythmisch und kardiovaskulär protektiv wirkt (Mehrkanalhemmer). In der ATHENA-Studie [Hohnloser SH et al., N Engl J Med 2009] konnte erstmals gezeigt werden, dass eine antiarrhythmische Therapie die Morbidität und Mortalität von Risikopatienten mit paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern bzw. -flattern (VHF/VHFL) reduzieren kann.

Klinische Endpunkte signifikant reduziert: „Was den primären kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärer Hospitalisierung oder Tod betrifft, zeigt Dronedaron nach 30 Monaten mit einer Reduktion von 24 % gegenüber Placebo hochsignifikante Überlegenheit“, berichtet **Dr. Florian Hintringer**, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Kardiologie, Innsbruck. „Bei näherer Betrachtung der sekundären Endpunkte zeigt sich, dass der Vorteil von Dronedaron vor allem in den Morbiditätsparametern zu finden ist.“

Dronedaron wirkt nicht nur antiarrhythmisch, sondern ist „außerdem eine sehr wichtige kardiovaskulär protektive Substanz“, wie Camm betont. „Ähnlich wie in den kardiovaskulären Studien EUROPA, CURE, HOPE und Val-HeFT finden wir auch in ATHENA nicht nur eine relative, sondern eine bedeutende absolute Risikoreduktion.“

Weniger kardiovaskuläre Ereignisse: Was die Häufigkeit einer ersten stationären Aufnahme wegen eines kardiovaskulären Ereignisses betrifft, zeigt Dronedaron gegenüber Placebo statistische Signifikanz (26 % relative Risikoreduktion; $p < 0,001$) (Abb. 1). Hintringer: „Das Ergebnis lässt eine Interpretation in Richtung einer seltener notwendigen Kardioversion zu.“ Eine bisher noch nicht veröffentlichte Post-hoc-Analyse bestätigt die signifikant verlängerte Zeitspanne bis zur elektrischen Kardioversion sowie die verringerte Frequenz einer derartigen Intervention. „Das heißt, der Rhythmus ist stabiler.“

Reduktion der Herzfrequenz: Auch die mediane Herzfrequenz war in der Dronedaron-Gruppe im persistierenden VHF/VHFL signifikant niedriger. „Ein Ergebnis, das schon aus der ERATO-Studie bekannt war“, wie Hintringer ergänzte. Eine Besserung der Symptomatik kann dadurch erwartet werden. Hintringer: „Ebenso bestätigten Subgruppen-Analysen in Bezug auf das Alter, strukturelle Herzerkrankungen, die Linksventrikelfunktion oder hinsichtlich sogenannter „Upstream-Therapien“ mit Betablockern, ACE-Hemmern oder ARB durchwegs eine höhere Effektivität für Dronedaron.“



■ Herausragendes Sicherheitsprofil

Gegenüber Amiodaron zeigt sich Dronedaron im indirekten und direkten Vergleich zwar weniger wirksam, allerdings wurde ein deutlich besseres Sicherheitsprofil für Dronedaron im Vergleich zu Amiodaron bestätigt [Saveliev I, Camm J, Europace 2009, in press]. **Prof. Dr. Max Pichler**, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Kardiologie und internistische Intensivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg: „Dronedaron besitzt ein deutlich geringeres Potenzial für proarrhythmische Effekte. Außerdem ist eine Organtoxizität, wie sie bei Amiodaron häufig vorkommt und oft den Grund für ein Absetzen der Therapie darstellt, bei Dronedaron deutlich seltener, ebenso ist das Herzinsuffizienzrisiko bei stabilen Patienten nicht erhöht.“

■ Wie sieht die Zukunft mit Dronedaron aus?

Bei Patienten mit Vorhofflimmern ohne strukturelle Herzerkrankung steht weiterhin primär die Kombination rhythmusspezifischer Pharmakotherapie und Kardioversion im Vordergrund. „Eine Frequenzkontrolle ist bei allen Patienten Grundlage der Behandlung“, so Camm. Liegt eine strukturelle Herzerkrankung zugrunde, sollte bevorzugt kardioprotektiv behandelt werden. Camm: „Es wird bereits darüber diskutiert, Dronedaron vor allem bei Patienten mit signifikanten zugrundeliegenden Herzerkrankungen so früh wie möglich einzusetzen. Entsprechend der Regel „Safety first“ gibt es Argumente, die hervorragende Sicherheit von Dronedaron hier schon in der Ersttherapie zu nutzen.“

Pichler definiert den für eine Therapie mit Dronedaron am besten geeigneten Patienten, gemäß dem Profil der ATHENA-Studie: Patient mit:

- rezemtem paroxysmalen oder persistierendem VHF/VHFL und
- intermediärem Risikoprofil (assoziierte Risikofaktoren wie Alter, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, KHK, auch eingeschränkte Pumpfunktion, jedoch ohne Symptome einer manifesten HI, das heißt Auswurfraction > 35 %, also NYHA I–II).

Nicht geeignet für Dronedaron wäre auf Basis der bisher vorliegenden Studiendaten ein Patientenprofil entsprechend den Ergebnissen der ANDROMEDA-Studie: Patient mit:

- symptomatischer HI in Ruhe und geringer körperlicher Belastung (NYHA III–IV)
- rezenter Hospitalisierung aufgrund einer HI (< 1 Monat).

■ Weitere interessante Zukunftsaspekte

Auch die Katheterablation wird zukünftig eine stärkere Rolle in der Behandlung des Vorhofflimmerns spielen. Camm: „Bei wiederholten Rezidiven und Versagen sonstiger antiarrhythmischer Behandlungsmöglichkeiten ermutigen uns die Guidelines, eine Ablationstherapie durchzuführen.“ Bei herzinsuffizienten Patienten mit persistierendem VHF kam es zu einer hochsignifikanten Verbesserung der LV-Funktion nach Ablationstherapie [Hsu et al., N Engl J Med 2004]. Camm: „Auch was die antithrombotische Therapie betrifft, stehen wir vor Einführung einer Reihe neuer Medikamente.“ Derzeit laufen 9 große Studien mit antikoagulierend wirkenden Substanzen, die größte davon mit 20.000 Patienten.

Kaltenbrunner: „Auch der genetische Hintergrund des VHF wird in Zukunft klinisch relevant werden. Verschiedene DNA-Loci, die signifikant mit einem erhöhten Risiko für ein VHF assoziiert sind, wurden bereits identifiziert.“

■ FACT-BOX

Einsatz von Dronedaron (Multaq®)

- Rhythmuskontrolle
 - Verzögert Wiederauftreten von VHF (Studien: DAFNE, EURIDIS, ADONIS, ATHENA)
 - Verringert die symptomatischen VHF-Episoden (Studien: DAFNE, EURIDIS, ADONIS)
 - Verringert die Zahl der VHF-Episoden (ATHENA-Studie)
- Frequenzkontrolle
 - Verringert die ventrikuläre Frequenz bei VHF (Studien: DAFNE, EURIDIS, ADONIS)
 - Zusätzliche Frequenzkontrolle „on top“ einer laufenden Therapie bei chronischem Vorhofflimmern (ERATO-Studie)
- Zusätzliche Effekte
 - Kardioprotektive Wirkung
 - Blutdrucksenkende Wirkung

Therapieziel

- Rhythmus-/Frequenzkontrolle bei symptomatischen Patienten mit VHF/VHFL
- Reduktion der Spitalsaufenthalte (ATHENA) durch
 - Senkung der VHF-Episoden und
 - Senkung kardiovaskulärer Ereignisse – auch bei Risikopatienten
- Herausragendes Sicherheitsprofil: geringere Nebenwirkungsrate im Vergleich zu anderen Antiarrhythmika (Propafenon, Flecainid – bei dokumentierter KHK kontraindiziert –, Sotalol und Amiodaron)

Quelle:

Satellitensymposium „Paradigmenwechsel beim Management des Vorhofflimmerns“, Jahrestagung 2009, Österreichische Kardiologische Gesellschaft, Salzburg, 3.–6.6.2009.

Weitere Informationen:

Dr. Christina Kichler-Lakomy
sanofi-aventis GmbH
 A-1220 Wien, Leonard-Bernstein-Straße 10
 Tel. 01/801 85-0

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung