Journal für
Kardiologie
Austrian Journal of Cardiology
Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauferkrankungen

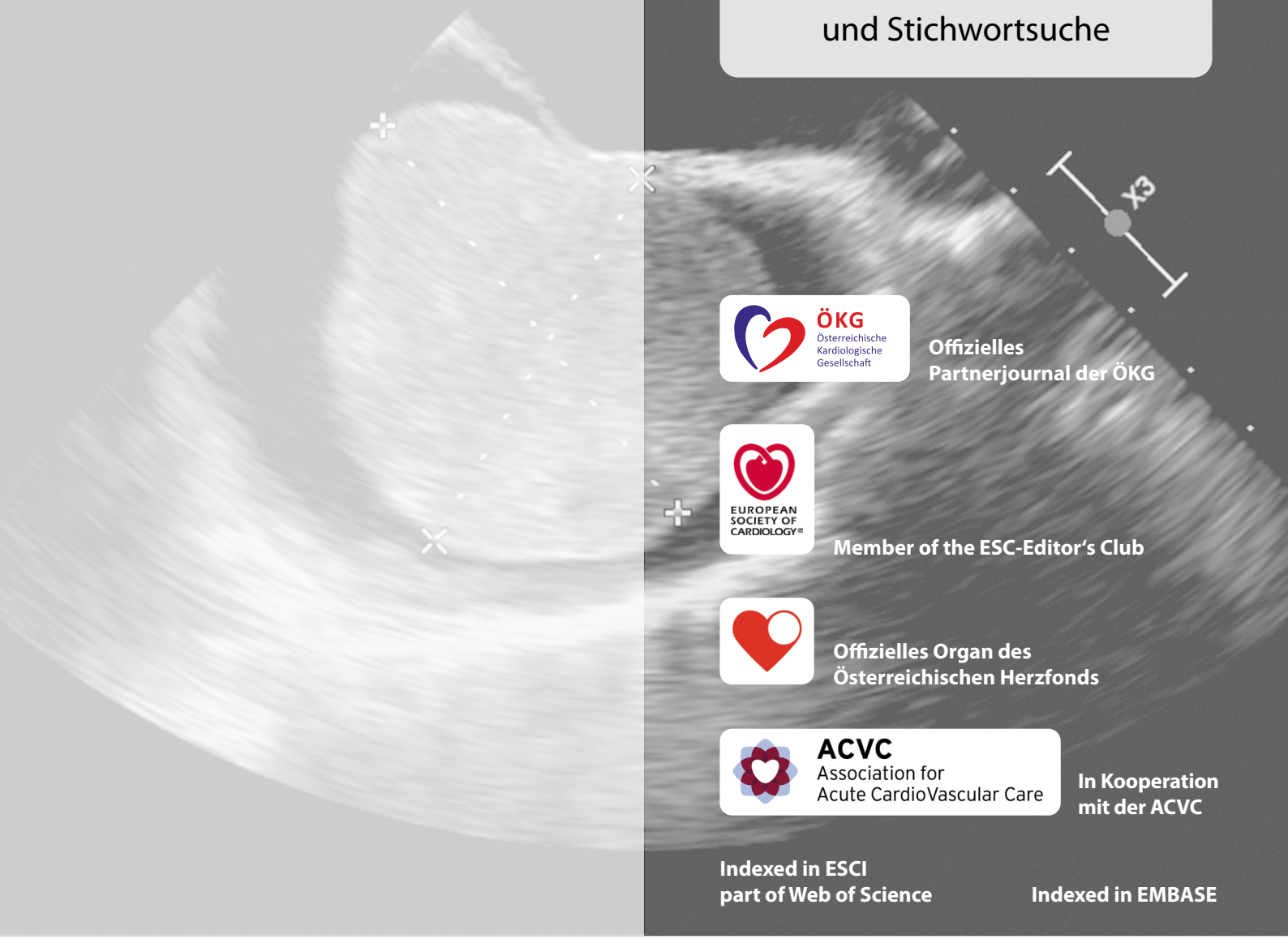
Pro and Kontra

Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2001; 8 (9)

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



ÖKG Österreichische Kardiologische Gesellschaft
Offizielles Partnerjournal der ÖKG

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®
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,–

Journal für
Kardiologie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal
Journal für Kardiologie

- ✔ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✔ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✔ ist jederzeit abrufbar
- ✔ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✔ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✔ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✔ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/kardiologie

Pro und Kontra:

70jähriger Mann mit milder arterieller Hypertonie und paroxysmalem Vorhofflimmern, zuletzt seit einem Jahr chronisches Vorhofflimmern

Kardioversion mit Rhythmusstabilisierung, keine Langzeitantikoagulation

H. Pürerfellner, Linz

Die Frage Rhythmus- versus Frequenzkontrolle bei chronisch rezidivierendem Vorhofflimmern ist nach wie vor nicht endgültig geklärt. Im vorliegenden Fall eine Position einzunehmen heißt somit, eigene Erfahrungen aus der täglichen Routine einfließen zu lassen, um zu einem für den Patienten und den behandelnden Arzt befriedigenden Ergebnis zu kommen.

Stellen wir uns ein typisches Szenario vor:

Ein 70jähriger Patient kommt in die Ambulanz und stellt sich mit paroxysmalem Vorhofflimmern in der Anamnese vor, wobei es offenbar seit 1 Jahr zu einer persistierenden Flimmerarrhythmie gekommen ist. Die erste – und für mich substantielle Frage – richtet sich an die Klinik des Patienten: Über welche Symptome verfügt er? Stört die Flimmerarrhythmie den Patienten oder mehr den Arzt? Will der Patient mit einer Arrhythmie weiterleben, die sich anschickt, ein chronischer Zustand zu werden? Inwieweit ist seine Lebensqualität durch spezifische, auf die Arrhythmie zurückzuführende Symptome (Palpitationen, Dyspnoe, thorakale Oppression, Schwindel, Synkopen und ähnliches) beeinträchtigt? – Hierzu fehlen jegliche Angaben in der mir vorgelegten Fragestellung.

Gesetzt also den Fall, daß der Patient hochsymptomatisch und somit seine Lebensqualität massiv gestört ist, neige ich zur Kardioversion mit anschließender Rhythmusstabilisierung. Für dieses Vorgehen spricht neben dem Leidensdruck auch eine einigermaßen aussichtsreiche Chance auf Aufrechterhaltung eines normalen Sinusrhythmus unter Einsatz von Amiodaron, dem ich bei der vorliegenden Charakteristik der Arrhythmie den Vorzug geben würde. Dies in einer Konstellation, wo der Patient bereits in einem höheren Lebensalter ist und somit auch ohne typische Klinik ein bestimmtes koronares Risiko besteht, das mich von der Anwendung eines Klasse-I-Antiarrhythmikums absehen läßt. Was die milde arterielle Hypertonie betrifft, so steht sie als kardiale Grunderkrankung dem Vorgehen prinzipiell nicht im Wege, sie läßt mich jedoch relativ rasch zu einem zusätzlichen Antihypertensivum greifen, um die Hypertonie als Komorbiditätsfaktor für die Vorhofflimmerarrhythmie soweit wie möglich zu kontrollieren.

Auch das Vorhandensein einer persistierenden Arrhythmie spricht für den Einsatz von Amiodaron als dem potentesten Antiarrhythmikum zur Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus nach einer Kardioversion, zumal offenbar neben den bekannten Triggern für Vorhofflimmern (den pulmonal-venösen Foci) bereits ein strukturelles Substrat im linken Atrium vorzuliegen scheint, das die Aufrechterhaltung der Arrhythmie über längere Zeit ermöglicht.

Die Kardioversion führe ich bei dem Patienten in der Form vor, daß ich ein evtl. bereits verabreichtes Medikament zur Frequenzbremsung der Ventrikel (wie z. B. Digitalis oder Betablocker bzw. Kalziumantagonisten vom Verapamiltyp) absetze und eine Vollsättigung mit Amiodaron durchführe; dies in Form von 10–12 g als loading-dose und in weiterer Folge als Erhaltungsdosis von 300 mg/die. Nach Erreichen der Erhaltungsdosis wird der Patient bei nach wie vor bestehender Vorhofflimmerarrhythmie einer Elektrokardioversion zugeführt, dies naturgemäß unter stationären Bedingungen. Gesetzt den Fall, daß die Elektrokardioversion gelingt (ich würde die Erfolgsrate im vorliegenden Szenario auf etwa 70 bis 80 % einstufen), wird der Patient noch einige Tage kontinuierlich überwacht, dies um z. B. amiodaroninduzierte Probleme nicht zu übersehen (signifikante Bradykardien bzw. QT-Verlängerungen). Die Dosis mit Amiodaron von 300 mg/die würde ich zumindest über 3 Monate aufrechterhalten, um sie danach auf 200 mg/die als Dauertherapie bei entsprechend günstigem Verlauf zu reduzieren.

Zuletzt zur Antikoagulation

Ein 70jähriger Mann mit persistierender Vorhofflimmerarrhythmie und einer zusätzlichen kardiovaskulären Grunderkrankung im Sinne der arteriellen Hypertonie weist naturgemäß ein zumindest mäßig erhöhtes Embolierisiko auf; mein Antikoagulationsmanagement würde daher damit beginnen, daß der Patient zumindest 3 bis 4 Wochen vor der geplanten Elektrokardioversion oral adäquat entsprechend den publizierten Richtlinien antikoaguliert wird (INR-Wert zwischen 2,0 und 3,0). Da ich im vorliegenden Fall auch eine Aufsättigung mit Amiodaron vornehme (und somit eine medikamentöse Kardioversion im Rahmen der Aufsättigung prinzipiell möglich ist), tendiere ich zu einer Antikoagulation von insgesamt 2 Monaten vor der geplanten Elektrokardioversion, um bereits einen ausreichenden Schutz vor Beginn der Aufsättigung mit dem Antiarrhythmikum zu haben. Unmittelbar vor der Kardioversion würde ich dann neben einer transthorakalen auch eine transösophageale Echokardiographie durchführen, um einen Thrombus (vorzugsweise im linken Herzohr) ausschließen zu können. Nach einer erfolgreichen Kardioversion verbleibt der Patient zumindest einen Monat (im konkreten Szenario eher jedoch 3 Monate) unter der Therapie mit Marcoumar oder Sintrom.

Da bereits eine persistierende Vorhofflimmerarrhythmie vor der Elektrokardioversion vorlag, erscheint

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.
Homepage Journal für Kardiologie: http://www.kup.at/kardiologie

mir auch unter Sedacoron das Vorhandensein von zumindest kurzfristigen Rezidiven mit spontaner Termination für eher wahrscheinlich als ein komplett rezidivfreier Verlauf, so daß ich die Frage einer Langzeitantikoagulation am ehesten aus dem klinischen Verlauf des Patienten beantworten würde. Sie ist somit bei weitgehend rezidivfreiem Verlauf (inklusive entsprechender langzeitelektrokardiographischer Kontrollen) prinzipiell denkbar, zumal zusätzliche klassische Risikofaktoren für ein thromboembolisches Ereignis fehlen (wie z. B. ein Zustand nach stattgehabter Embolie oder eine höhergradige Pumpfunktionseinschränkung).

Literatur:

1. Lévy S, Breithardt R, Campbell WF, Camm AJ, Daubert J-C, Allessie M, Aliot E, Capucci A, Cosio F, Crijns H, Jordaens L, Hauer RNW, Lombardi F, Lüderitz B, on behalf of the Working Group on Arrhythmias of the European Society of Cardiology. Atrial fibrillation: current knowledge and recommendations for management. Eur Heart J 1998; 19: 1294–320.

2. Management of patients with atrial fibrillation. AHA Medical/Scientific Statement 1999.

3. Vorhofflimmern – Consensus-Papier der Rhythmusgruppe der österreichischen Gesellschaft für Kardiologie. Forum Rhythmologie 2000; 5.

4. Allessie M, Boyden PA, Camm AI, Kleber AG, Lab MI, Legato MJ, Rosen MR, Schwartz PJ, Spooner PM, Van Wagoner DR, Waldo AL. Pathophysiology and Prevention of Atrial Fibrillation. Circulation 2001; 103: 769–77.

Ziel: Frequenzstabilisierung und Antikoagulation

F. X. Roithinger, Innsbruck

Aufgrund der vorhandenen Risikofaktoren (Alter über 65 Jahre, arterielle Hypertonie) besteht – unabhängig von sonstigen Faktoren wie Linksventrikelfunktion oder echokardiographischen Parametern – die Indikation zur oralen Antikoagulation [1]. Diese Entscheidung ist unabhängig davon, ob Vorhofflimmern paroxysmal oder persistierend auftritt [2, 3]! Selbst wenn durch entsprechende Maßnahmen (z. B. elektrische Kardioversion mit anschließend effektiver antiarrhythmischer Prophylaxe) Sinusrhythmus wiederhergestellt werden sollte, ist zu überlegen, ob die orale Antikoagulation dauerhaft abgesetzt werden kann. Episoden von paroxysmalem Vorhofflimmern sind häufig völlig asymptomatisch [4], und somit bleibt auch das Embolierisiko bestehen, vor allem dann, wenn man sich zum Absetzen der antiarrhythmischen Prophylaxe entscheidet oder aufgrund von Nebenwirkungen dazu gezwungen wird.

Ob unter diesen Voraussetzungen eine Rhythmusstabilisierung anzustreben ist, hängt wesentlich von der individuellen klinischen Symptomatik des Patienten ab. Rezent konnte an einem Kollektiv von 252 randomisierten Patienten gezeigt werden, daß durch Rhythmusstabilisierung KEINE zusätzliche Verbesserung der klinischen Symptomatik erreicht werden konnte, im Vergleich zur reinen Frequenzkontrolle [5]. Darüber hinaus konnte selbst durch Amiodaron, dem derzeit vermutlich effektivsten Medikament zur Rezidivprophylaxe [6], nach Kardioversion nur in 56 % der Patienten Sinusrhythmus erhalten werden, und das um den Preis signifikant häufigerer stationärer Krankenhausaufenthalte. Wegen tatsächlicher oder vermuteter Nebenwirkungen mußte das Medikament bei 25 % der Patienten abgesetzt werden. Eine objektive Verbesserung der Belastungstoleranz bei Patienten im Sinusrhythmus schlug sich nicht in einem besseren Gesamtbefinden nieder. Zur Verbesserung des subjektiven Befindens ist allerdings eine adäquate Frequenzkontrolle unumgänglich, wie sie in der Mehrzahl der Patienten, vor allem bei körperlicher Belastung, durch Digitalis alleine vermutlich nicht erreicht werden kann [5, 7].

Zusammenfassend ist bei dem 70jährigen Mann mit arterieller Hypertonie und nunmehr persistierendem Vorhofflimmern die Indikation zur oralen Antikoagulation gegeben. Da von einer Rhythmuskontrolle kaum ein Nutzen zu erwarten ist (keine symptomatische Verbesserung, kein langfristiges Absetzen der oralen Antikoagulation) und der Aufwand beträchtlich ist (mehr Krankenhausaufenthalte, Kardioversion, Dauermedikation mit einem mäßig effektiven Medikament mit potentiellen schwerwiegenden Nebenwirkungen), ist eine effektive Frequenzkontrolle vorzuziehen.

Literatur:

1. Huber K. Antithrombotische Therapie bei Vorhofflimmern. J Kardiol 2000; 402–6.

2. Weiner I, Hafner R, Nicolai M, Lyons H. Clinical and echocardiographic correlates of systemic embolisation in non-rheumatic atrial fibrillation. Am J Cardiol 1987; 59: 177–9.

3. Cabin HS, Clubb S, Hall C, Perlmutter RA, Feinstein AR. Risk of systemic embolisation in atrial fibrillation without mitral stenosis. Thrombos Haemostas 1990; 65: 1112–6.

4. Page RL, Wilkinson WE, Clair WK, McCarthy EA, Pritchett ELC. Asymptomatic arrhythmias in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation and paroxysmal supraventricular tachycardia. Circulation 1994; 89: 224–7.

5. Hohnloser SH, Kuck KH, Lilienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation – Pharmacologic Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomised trial. Lancet 2000; 356: 1789–94.

6. Roy D, Talajic M, Dorian P, Connolly S, Eisenberg MJ, Green M, Kus T, Lambert J, Dubuc M, Gagne P, Nattel S, Thibault B. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. Canadian Trial of Atrial Fibrillation Investigators. N Engl J Med 2000; 342: 913–20.

7. Sopher SM, Camm AJ. Atrial fibrillation. Maintenance of sinus rhythm versus rate control. Am J Cardiol 1996; 77: 24A–37A.

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**