Herzschr Elektrophys 2013 · 24:69
 DOI 10.1007/s00399-013-0254-x
 Online publiziert: 26. März 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Ursula Ravens

Department of Pharmacology, Medical Faculty, University of Technology Dresden, Dresden, Deutschland

Antiarrhythmika

Mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung steigt die Anzahl an Patienten mit Vorhofflimmern ständig. Obwohl sich das Vorhofflimmern im Anfangsstadium der Erkrankung meist gut pharmakologisch oder elektrisch wieder in den Sinusrhythmus überführen lässt, besteht eine hohe Rückfallhäufigkeit. Es ist seit langem bekannt, dass Flecainid das Wiederauftreten von Vorhofflimmern reduziert [1]. Die meisten Rezidive treten innerhalb der ersten vier Wochen nach Kardioversion auf. Länger bestehendes Vorhofflimmern führt zu elektrophysiologischen, kontraktiven und strukturellen Veränderungen in den Vorhöfen (Remodeling), die ihrerseits das Vorhofflimmern stabilisieren und das Risiko für ein Rezidiv erhöhen [2]. Nach erfolgreicher Kardioversion werden weiterhin Antiarrhythmika eingesetzt, um den Vorhöfen Zeit zu geben, sich von dem Remodeling zu erholen und um sie vor einem Rezidiv zu schützen. Da jedoch die zur Verfügung stehenden Antiarrhythmika selber Rhythmusstörungen auslösen können, ist es wünschenswert, eine antiarrhythmische Therapie so kurz wie möglich zu halten, um unnötige Risiken zu vermeiden. In der „Flec-SL“-Studie wurde nun erstmals untersucht, ob eine Kurzzeittherapie mit Flecainid von 4 Wochen einen vergleichbaren Schutz vor Rezidiven bietet wie die Langzeittherapie über 6 Monate.

Die Ergebnisse der durch das Kompetenznetz Vorhofflimmern (AFNET) durchgeführten „Flec-SL“-Studie sind in der Juli-2012-Ausgabe von Lancet erschienen [4]. Ziel der Untersuchung war es zu prüfen, ob nach Kardioversion von Vorhofflimmern eine Therapie mit Flecainid für 4 Wochen einer Therapiedauer von 6 Monaten hinsichtlich des Auftretens von Rezidiven vergleichbar ist (Prüfung auf „Non-Inferiorität“). Insgesamt wur-

den 635 Patienten über einen Zeitraum von fast 3 Jahren (2007–2010) an 44 Zentren, die dem AFNET angehören, rekrutiert. Die Studie war prospektiv randomisiert und offen, aber mit einer verblindeten Endpunktbestimmung angelegt. Alle Patienten wurden 48 h vor der Kardioversion mit Flecainid behandelt und danach in 3 Gruppen aufgeteilt: 1) keine weitere, 2) kurzzeitige (4 Wochen) und 3) langfristige (6 Monate) Flecainid-Therapie beginnend mit 100 mg 2-mal täglich und der Möglichkeit, auf 100 mg 3-mal täglich zu steigern. Bei allen Patienten wurde täglich ein EKG aufgezeichnet. Ein Holter-Monitoring wurde für 24 h durchgeführt, wenn der Verdacht auf ein Rezidiv bestand.

Hinsichtlich des primären Endpunkts „Vorhofflimmern oder Tod“ innerhalb der ersten 28 Tage nach Kardioversion zeigte sich, dass 4 Wochen Flecainid-Therapie besser als gar keine Therapie waren. Nach 6 Monaten war allerdings die Kurzzeittherapie nicht ganz so wirksam wie die Langzeittherapie. Daraus wurde geschlossen, dass die Kurzzeittherapie mit Flecainid bei Patienten, die ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen oder Komplikationen haben, oder bei denen die Remodeling-Prozesse nur wenig ausgeprägt sind, eine sinnvolle Alternative für die Langzeittherapie sein kann. Andererseits benötigen Patienten mit seit langem bestehendem Vorhofflimmern und daher ausgeprägten Vorhofveränderungen durch Remodeling oder mit schweren kardiovaskulären Grunderkrankungen wahrscheinlich den vollen antiarrhythmischen Schutz einer kontinuierlichen Flecainid-Therapie. In einem begleitenden Editorial regen Camm u. Savelieva an, ähnliche Untersuchungen auch für andere Antiarrhythmika durchzuführen, wobei Amiodaron wegen seiner extrem langen Plas-

mahalbwertszeit ausgenommen sein sollte [3].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Ravens

Institut für Pharmakologie und Toxikologie,
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland
 ravens@rcs.urz.tu-dresden.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aliot E, Capucci A, Crijns HJ, Goette A, Tamargo J (2011) Twenty-five years in the making: flecainide is safe and effective for the management of atrial fibrillation. *Europace* 13:161–173. doi:euq382 [pii];10.1093/europace/euq382
2. Allesie M, Ausma J, Schotten U (2002) Electrical, contractile and structural remodeling during atrial fibrillation. *Cardiovasc Res* 54:230–246
3. Camm AJ, Savelieva I (2012) The long and short of antiarrhythmic drug treatment. *Lancet* 380:198–200. doi:S0140-6736(12)60950-7 [pii];10.1016/S0140-6736(12)60950-7
4. Kirchhof P, Andresen D, Bosch R, Borggrefe M, Meinerz T, Parade U, Ravens U, Samol A, Steinbeck G, Treszl A, Wegscheider K, Breithardt G (2012) Short-term versus long-term antiarrhythmic drug treatment after cardioversion of atrial fibrillation (Flec-SL): a prospective, randomised, open-label, blinded endpoint assessment trial. *Lancet* 380:238–246. doi:S0140-6736(12)60570-4 [pii];10.1016/S0140-6736(12)60570-4