Antikoagulation bei Vorhofflimmern

Faktor-Xa-Hemmer zur Schlaganfallprophylaxe zugelassen

Zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern steht mit Rivaroxaban eine Alternative zu Vitamin-K-Antagonisten zur Verfügung, die mindestens eben so effektiv ist, zu weniger letalen Blutungen führt und die Therapie vereinfacht.

■ Die bisherige Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten bei Vorhofflimmern ist zwar wirksam, weist aber zahlreiche Nachteile auf, so Prof. Erland Erdmann, Direktor der Klinik III für Innere Medizin der Universität Köln. Dazu zählen das enge therapeutische Fenster, die zahlreichen Wechselwirkungen und die Notwendigkeit des Gerinnungsmonitorings. „Auch unter optimalen Studienbedingungen liegen die Patienten nur 50–60% der Zeit im sicheren therapeutischen Bereich“, so Erdmann.

Rivaroxaban (Xarelto®) bietet hier Vorteile: Der Faktor-Xa-Hemmer hat ein breites therapeutisches Fenster, weniger Interaktionen und erfordert keine Therapieüberwachung. In der ROCKET-AF-Studie mit 14 264 Patienten mit Vorhofflimmern und mittel- bis hochgradig erhöhtem Schlaganfallrisiko war der Faktor-Xa-Inhibitor einer Warfarin-Pro-

phylaxe mindestens ebenbürtig. In der Intention-to-Treat-Analyse traten unter Rivaroxaban mit 269 (2,1% jährlich) Ereignissen numerisch weniger Schlaganfälle oder systemische Embolien auf als unter Warfarin (306 Ereignisse, 2,4% jährlich). In der On-Treatment-Analyse, also bei Patienten, die tatsächlich die entsprechenden Therapien einnahmen, war Rivaroxaban überlegen (188 vs. 241 Ereignisse, 1,7 vs. 2,2% jährlich).

Klinisch relevante Blutungen traten in beiden Gruppen mit knapp 15% jährlich mit gleicher Häufigkeit auf, intrakranielle (0,5 vs. 0,7%, $p = 0,02$) und tödliche Blutungen (0,2 vs. 0,5%, $p = 0,003$) waren unter Rivaroxaban seltener.

Rivaroxaban muss nur einmal täglich gegeben werden, was ein Vorteil ist bei Patienten, bei denen eine gute Compliance lebenswichtig ist, betonte Erdmann. Nach seinen Worten ist das Medikament gerade bei älteren Patienten mit Vorhofflimmern geeignet. Die Dosierung beträgt 20 mg/d, bei Niereninsuffizienz 15 mg/d. Bei schwerer Niereninsuffizienz (GFR unter 30 ml/min) sollte aufgrund fehlender Erfahrungen Marcumar eingesetzt werden. (DE) ■

Weitere Indikation

Rivaroxaban eignet sich auch bei Venenthrombosen

Mit dem Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban (Xarelto®) steht nun erstmals eine orale Behandlungsoption für die Akuttherapie und Rezidivprophylaxe tiefer Venenthrombosen zur Verfügung. Der Faktor-Xa-Inhibitor ist in dieser Indikation mindestens ebenso wirksam wie Enoxaparin/Vitamin-K-Antagonisten, so das Ergebnis der EINSTEIN-Studien mit 3449 Patienten. Unter der Behandlung mit dem Faktor-Xa-Inhibitor (2 x 15 mg/d für drei Tage, danach 1 x 20 mg/d für drei bis zwölf Monate) traten 36 Rezidivthrombosen auf (2,1%), unter Enoxaparin/Vitamin-K-Antagonisten 51 (3,0%). In beiden Gruppen lag die Blutungsrate bei 8,1%. (DE) ■

■ **Ausbietungs-Presskonferenz Xarelto® 2011, Köln, November 2011 (Veranstalter: Bayer HealthCare)**

Gegengewicht zur sympathischen Aktivierung

Nützt Neurostimulation bei chronischer Herzinsuffizienz?

Eine zu starke sympathische Aktivität kann sich bei Herzinsuffizienz ungünstig auswirken. Mit der Neurostimulation des N. vagus kann man gegensteuern und das Herz möglicherweise vor einem weiteren Remodelling schützen.

■ Die Neurostimulation des linken N. vagus ist bei Epilepsien bereits gut etabliert. Zur Neurostimulation bei Herzinsuffizienz (Autonomic Modulation Therapy, AMT) werden über einen kleinen Schnitt am Hals Elektroden am rechten Vagus angebracht, die über einen modifizierten ICD stimuliert werden. Auf diese Weise ist es möglich, über die efferenten Faseranteile auf das Herz einzu-

wirken, berichtete Priv.-Doz. Dr. med. Christian Butter vom Herzzentrum Brandenburg, Bernau.

In einer „Proof-of-concept“-Untersuchung konnte an herzinsuffizienten Hunden gezeigt werden, dass es unter der Stimulation innerhalb von drei Monaten zu einer Abnahme des enddiastolischen und endsystolischen Volumens und zu einer Steigerung der Ejektionsfraktion kam, die auch nach sechs Monaten noch nachweisbar war. Darüber hinaus wurde im Vergleich zur Scheinstimulation eine verbesserte Kontraktilität, eine reduzierte inflammatorische Aktivität und eine Verminderung des Zelltods beobachtet.

In der NECTAR-HF-Studie soll die Vagusstimulation jetzt auch bei herzinsuffizienten Patienten erprobt werden. Eingesetzt wird dazu ein in der Schmerzbehandlung (Rückenmarksstimulation) bewährter Pulsgenerator (Precision™IPG). Aufgenommen werden 96 Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse III, Sinusrhythmus und einer Ejektionsfraktion $\leq 35\%$, die keine Kandidaten für eine kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) sind und bereits eine optimale medikamentöse Therapie erhalten. (wma) ■

■ **„Year End Cardio Expert Summit 2011“, Berlin, 25. November 2011 (Veranstalter: Boston Scientific)**