Erhöhtes Letalitätsrisiko

Cave: Chinin bei Wadenkrämpfen

Chinin wird noch immer zur Bekämpfung von Wadenkrämpfen im Verlauf einer chronischen Herzinsuffizienz eingesetzt, steigert aber das Letalitätsrisiko in alarmierendem Ausmaß.

■ Die dänische Arbeitsgruppe um C. Andersson vom Rigshospital in Kopenhagen befragte das nationale dänische Gesundheitsregister nach möglichen Schäden durch die-

se Behandlungsstrategie. Er filterte alle Herzinsuffizienten heraus, die 30 Tage nach der stationären Einweisung noch lebten und kam dabei in den Jahren 1997–2009 auf eine Zahl von 121 352. Etwa 10% von ihnen nahmen im Verlauf der Erkrankung Chinin gegen Wadenkrämpfe ein. Allen gemeinsam war ein erhöhter Diuretika-Verbrauch, sie litten auch vermehrt unter Comorbidität. Und vor allem lag ihr Letalitätsrisiko höher als bei ihren Lei-

densgenossen, die ohne Chinin auskamen. Es ergab sich eine dosisabhängige Korrelation: Je mehr und länger (ab 14 Tage) Chinin geschluckt wurde, umso höher das Sterberisiko. Andersson errechnete, dass nur 31 Herzinsuffiziente mit Chinin therapiert werden müssen, um 1 Todesfall zu verursachen, ein alarmierendes Signal. In den USA warnt übrigens die FDA schon seit Jahren vor der Einnahme von Chinin gegen Muskelschmerzen. (J.A.) ■

Update 2012

Neue europäische Leitlinien bei Vorhofflimmern

Nur zwei Jahre nach dem letzten Update hat die ESC ihre Leitlinien zum Vorhofflimmern erneut aktualisiert. Als Reaktion auf neue Studiendaten sind unter anderem die Empfehlungen zur Antikoagulation und zur antiarrhythmischen Therapie modifiziert worden.

■ Die neuen Vorhofflimmern-Leitlinien hat Prof. John Camm aus London jetzt beim ESC-Kongress in München erstmals vorgestellt. Gemäß den Empfehlungen sollten nahezu alle Patienten mit Vorhofflimmern eine antithrombotische Therapie zur Thromboembolie- und Schlaganfall-Prophylaxe erhalten. Ausnahmen bilden nur Patienten, bei denen aufgrund des Alters (unter 65 Jahre) oder eines „lone atrial fibrillation“ von einem niedrigen Risiko auszugehen ist oder bei denen Kontraindikationen bestehen.

Risikoabschätzung

Zur Abschätzung des Schlaganfall-Risikos sollte der CHA2DS2-VASc-Score herangezogen werden. Bei einem Risikoscore bei 0 wird eine antithrombotische Therapie als nicht erforderlich erachtet – auch nicht mit Acetylsalicylsäure (ASS). Bei einem Score von 2 oder höher ist eine orale Antikoagulation – sei es mit einem Vitamin-K-Antagonisten (VKA) oder einem neuen oralen Antikoagulans (NOAC) – zwingend erforderlich. Auch bei einem Score von 1 sollte eine orale Antikoagulation in Abwägung des Blutungsrisikos und unter Berücksichtigung der Präferenz des Patienten erwogen werden.

Neue Antikoagulanzen rücken vor

Die aktualisierten Leitlinien räumen den NOACs (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) wegen ihrer höheren Wirksamkeit und Sicherheit sowie bequemerer Anwendbarkeit erstmals einen gewissen Vorrang ein. Zwar wird auf eine explizite „First-Line“-Klassifizierung verzichtet. Gleichwohl sollte, so die Empfehlung, bei indizierter Antikoagulation „für die meisten Patienten“ eines der NOACs anstelle einer Antikoagulation mit VKA „in Betracht gezogen“ werden. Auf die bevorzugte Empfehlung eines der drei NOACs legen sich die Leitlinien mangels ausreichender Evidenz nicht fest. Die Plättchenhemmung ist in ihrer Bedeutung bei Vorhofflimmern klar degradiert worden. Bei Patienten, die eine orale Antikoagulation ablehnen, wird dieser Form der Prophylaxe – wenn möglich mit ASS plus Clopidogrel – nur noch eine „Nischen“-Indikation eingeräumt.

Vernakalant jetzt in den Empfehlungen

Neue Empfehlungen gibt es auch zur antiarrhythmischen Therapie. So wird erstmals dem Antiarrhythmikum Vernakalant eine ausführliche Würdigung zuteil.

Für Patienten, bei denen eine medikamentöse Kardioversion geplant ist und bei denen keine oder nur eine mäßig ausgeprägte strukturelle Herzerkrankung besteht, wird nun neben anderen Substanzen als effektive Option auch die intravenöse Behandlung mit Vernakalant empfohlen. Dies gilt auch für Patienten mit postoperativem Vorhofflimmern nach Herzoperationen.

Neubewertung von Dronedaron

Auch Dronedaron ist einer Neubewertung unterzogen worden. Die Substanz wird weiterhin für die antiarrhythmische Rezidivprophylaxe bei Patienten mit paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern empfohlen, wobei auf seine im Vergleich zu Amiodaron schwächere Wirksamkeit hingewiesen wird. Eine Konsequenz aus den Ergebnissen der PALLAS-Studie ist die Empfehlung, dass Patienten mit permanentem Vorhofflimmern keine Behandlung mit Dronedaron erhalten sollten. Verwiesen wird auch auf die geänderte Zulassung, wonach die Substanz bei hämodynamisch instabilen Patienten mit Herzinsuffizienz oder linksventrikulärer Dysfunktion kontraindiziert ist. Von einer gleichzeitigen Behandlung mit Digoxin wird abgeraten. Die Einleitung einer Dronedaron-Therapie sollte in der Hand eines „Spezialisten“ liegen.

Option Vorhofsektomie-Verschluss

Auch der Vorhofsektomie-Verschluss mit einem Okkluder-System hat als interventionelle Therapieoption Eingang in die Leitlinien gefunden. Diese kathetergestützte Behandlung kommt demnach bei Patienten mit hohem Schlaganfall-Risiko in Betracht, die wegen Kontraindikation keine langfristige orale Antikoagulation erhalten können. Allerdings wird nicht verschwiegen, dass die wissenschaftliche Datenlage noch nicht ausreichend ist und die Empfehlung deshalb nur einen „Experten-Konsensus“ zur Grundlage hat.

Peter Overbeck ■