



Foto: Archiv

Vorhofflimmern

Antiarrhythmikum zur rascher Kardioversion

Zur medikamentösen Kardioversion bei Vorhofflimmern gibt es nur eine begrenzte Zahl von Optionen, von denen die älteren Substanzen Nachteile wie ein proarrhythmisches Risiko, Kontraindikationen etwa bei strukturellen Herzerkrankungen sowie Interaktionen mit anderen Arzneimitteln aufweisen. Das seit Kurzem verfügbare Vernakalant wirkt nicht nur rasch, es hat auch weniger Limitationen in der Anwendung.

■ Bei akutem Vorhofflimmern ist eine frühzeitige Kardioversion sinnvoll. Denn bereits wenige Wochen nach dem ersten Auftreten kann die Rhythmusstörung zum atrialen Remodeling führen. Damit wird die Rhythmusstörung aufrecht erhalten und sie entwickelt sich weiter bis hin zum persistierenden Vorhofflimmern, erklärte Prof. Paulus Kirchhof aus Münster. Zudem hat sich gezeigt, dass das Schlaganfallrisiko mit der Dauer der Rhythmusstörung steigt. Auch die Erfolgsrate einer medikamentösen Kardioversion sinkt bei einer Dauer des Vorhofflimmerns von mehr als 24 Stunden, sagte Prof. Dan Atar aus Oslo.

Bei der Wahl des Verfahrens zur Wiederherstellung des Sinusrhythmus sollte bedacht werden, dass bei sehr lange bestehendem Vorhofflimmern die elektrische Kardioversion effektiver ist, sagte Kirchhof. Vorteile dieser Strategie seien das geringe proarrhythmische Risiko und die sehr hohe Konversionsrate von über 95%. Allerdings kommt es bei 5 bis 20% der Patienten unmittelbar nach einer Kardioversion zum Rezidiv.

Bei der medikamentösen antiarrhythmischen Therapie sollte die Sicherheit des Medikaments das primäre Auswahlkriterium sein, so Kirchhof. Hier gebe es im EKG klare Hinweise dafür, welcher Patient ein erhöhtes proarrhythmisches Risiko hat.

Mit Vernakalant (Brinavess®) steht nun ein Antiarrhythmikum zur raschen Kardio-



© J. Elgaard / iStockphoto

Bei akutem Vorhofflimmern ist eine schnelle Kardioversion empfehlenswert.

version bei seit erst kurzer Zeit bestehendem Vorhofflimmern zur Verfügung. In den vier zulassungsrelevanten klinischen Studien wurde Vernakalant bei hämodynamisch stabilen Patienten mit Placebo (drei Studien) und Amiodaron (eine Studie) verglichen. Die Patienten hatten symptomatisches Vorhofflimmern mit einer Dauer von wenigen Stunden bis maximal sieben Tagen. Endpunkt der Studien war der Prozentsatz der Patienten, die innerhalb von 90 Minuten nach Therapiebeginn im Sinusrhythmus waren.

Jeder Zweite erreicht Sinusrhythmus

Mit intravenösem Vernakalant konnte bei etwa 50% der Patienten der Sinusrhythmus wiederhergestellt werden, während dies in der Placebogruppe bei weniger als 5% der Patienten der Fall war, ein signifikanter Unterschied.

Beim Vergleich von Vernakalant mit Amiodaron in der AVRO-Studie erreichten 51,7% der Patienten der Vernakalantgruppe wieder den Sinusrhythmus, in der Amiodarongruppe nur 5,2%. Der Unterschied war ebenfalls signifikant. An dieser Studie nah-

men auch Patienten mit struktureller Herzerkrankung teil, für die Vernakalant bei hämodynamischer Stabilität ebenfalls eine neue Option ist.

Der Mehrkanalblocker, der auch zur Konversion bei postoperativem Vorhofflimmern nach einer Herzoperation eingesetzt werden kann, verlängert selektiv im Vorhof die effektive Refraktärperiode. Zurzeit wird Vernakalant auch für die orale Applikation entwickelt.

Kontraindiziert ist das Antiarrhythmikum bei schwerer Aortenstenose, Hypotension, frischem Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien III und IV, schwerer Bradykardie, Sinusknotendysfunktion oder hochgradigem AV-Block ohne Schrittmacher, verlängertem QT-Intervall an der Basislinie (oberhalb 0,44 s) sowie bei Anwesenheit von anderen Antiarrhythmika. Häufigste Nebenwirkungen waren metallischer Geschmack, vermehrtes Niesen und Übelkeit.

Ob eine frühzeitige umfassende und standardisierte rhythmuserhaltende Therapie tatsächlich geeignet ist, die mit länger anhaltendem Vorhofflimmern verbundenen Komplikationen, einschließlich Schlaganfall und Tod, zu verhindern, soll jetzt in der prospektiven, randomisierten und multizentrischen EAST-Studie an mehr als 3000 Patienten untersucht werden. An der Studie teilnehmen können Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern und erhöhtem Schlaganfall- und Sterberisiko. Höchstwahrscheinlich hat die unzureichende, unstrukturierte und verspätete Behandlung der Faktoren, die Vorhofflimmern aufrechterhalten und Komplikationen verursachen, dazu beigetragen, dass rhythmuserhaltende Maßnahmen in früheren Studien nur eine begrenzte Wirksamkeit gezeigt haben, begründet Kirchhof die Notwendigkeit von EAST.

(mop) ■

■ Satellitensymposium beim europäischen Kardiologenkongress (ESC), Paris, August 2011 (Veranstalter: MSD Sharp & Dohme)