



Statt antiarrhythmischer Dauerbehandlung

Stand-by-Therapie gegen Vorhofflimmern?

Für Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern und niedriger Anfallsfrequenz ist die bedarfsadaptierte Einnahme eines Antiarrhythmikums eventuell eine sinnvolle Alternative zu einer antiarrhythmischen Dauertherapie. Welche Patienten sind geeignete Kandidaten für ein solches „Pill in the Pocket“-Konzept?

— Vorhofflimmern ist die häufigste tachykarde Herzrhythmusstörung. Beim klinischen Erscheinungsbild und der damit verbundenen Symptomatik gibt es große Unterschiede. Anfänglich tritt Vorhofflimmern meist nur anfallsweise auf (paroxysmales Vorhofflimmern). Im weiteren Verlauf persistiert die Rhythmusstörung und erfordert dann eine elektrische oder medikamentöse Kardioversion. Erst nach einem langjährigen Verlauf etabliert sich die Rhythmusstörung als chronisches Vorhofflimmern, bei dem eine Kardioversion nicht mehr sinnvoll oder erfolgreich ist.

Voraussetzungen für die Bedarfstherapie

„Für Patienten mit selten auftretenden Anfällen von Vorhofflimmern kann das ‚Pill in the Pocket‘-Konzept eine durchaus sinnvolle Alternative zu einer dauerhaften medikamentösen antiarrhythmischen Therapie oder zur

Katheterablation sein“, sagte Prof. Lars Eckardt, Münster. Als Voraussetzungen dafür nannte er:

- Das Auftreten der Rhythmusstörung muss mit einer entsprechenden Symptomatik einhergehen, sodass sie vom Patienten sofort bemerkt wird.
- Der Patient muss hämodynamisch stabil sein.
- Es dürfen keine anderen kardialen Beschwerden wie beispielsweise Stenokardien vorliegen.

Grundsätzlich gilt: Je länger das Vorhofflimmern anhält, desto geringer ist die Erfolgchance für eine sofortige Kardioversion. Auch ist eine solche nur dann im Hinblick auf mögliche thromboembolische Komplikationen vertretbar, wenn die Rhythmusstörung nicht länger als 48 Stunden besteht. Grundsätzlich geeignet für diese Selbstmedikation sind Patienten mit einer Anfallsfrequenz bis zu zwölf Vorhofflimmernepisoden pro Jahr.

Erste Dosis unter Monitorüberwachung

Wissenschaftlich gesichert in Form einer klinischen Studie ist das „Pill in the Pocket“-Konzept für Flecainid und Propafenon. Bevor der Patient mit einem dieser Antiarrhythmika ausgestattet wird, sollte die Rhythmisierung zunächst immer in der Klinik unter Monitorüberwachung erprobt werden. Um Risiken zu vermeiden, sollten eine

strukturelle Herzerkrankung, ein Sick-Sinus-Syndrom oder ein höhergradiger AV-Block ebenso ausgeschlossen sein wie eine Verbreiterung des QRS-Komplexes, ein Long-QT-Syndrom und ein Brugada-Syndrom. „Kommt es nach Gabe des Antiarrhythmikums innerhalb von sechs Stunden zur Kardioversion, kann man davon ausgehen, dass der Patient ein ‚Responder‘ ist“, sagte Eckardt.

Betablocker als Basistherapie

Sind alle diese Voraussetzungen erfüllt, kann dieses Therapiekonzept durchaus als sicher und wirksam empfohlen werden. Wird das Antiarrhythmikum innerhalb der ersten halben Stunde genommen, liegt die Erfolgsrate bei über 90%.

Wichtig ist es jedoch, den Patienten über mögliche Nebenwirkungen der antiarrhythmischen Therapie aufzuklären. Besonders gefürchtet ist das Auftreten von Vorhofflattern unter dem Antiarrhythmikum, welches bei schneller Überleitung über den AV-Knoten zu einer lebensbedrohlichen Verschlechterung der Hämodynamik führen kann. Um eine solche Komplikation zu verhindern, empfiehlt sich als Basistherapie immer die Einnahme eines Betablockers.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: Cardio-Refresher 2010, Wiesbaden, 15. Januar 2010