

Schlaganfall

Vorhofflimmern als Ursache oft übersehen

Vorhofflimmern (VHF) wird angesichts der steigenden Lebenserwartung immer häufiger. Deshalb sei es umso wichtiger, das Risiko zu erkennen und einem Schlaganfall adäquat vorzubeugen, meinte Professor Darius Nabavi, Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin. Dass VHF oft nicht erkannt wird, sondern durch das Raster des 24-Stunden-EKG fällt, zeigt die EM-BRACE-Studie, die bei 572 Patienten nach kryptogenem Schlaganfall oder TIA zur Abklärung entweder das übliche 24-Stunden-EKG durchführte oder die Patienten mittels eines „Cardiac Event Monitors“ für 30 Tage beobachtete. Die Rate der Patienten mit einem mindestens 30 Sekunden dauernden VHF erhöhte

sich beim längeren Monitoring von 3,2% auf 16,1%. In der CRYSTAL-AF-Studie mit einem implantierbaren Herzmonitor und einem Follow-up über sechs Monate stieg die Ereignisrate von 1,4% auf 8,9%. „Die Detektionsrate steigt mit der Dauer des Monitorings sukzessive an, die derzeitigen Zertifizierungskriterien für die Detektion von VHF nach Schlaganfall sind deshalb nicht ausreichend“, so Nabavi.

Mit den neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) ist bei VHF eine wirksame Prävention des Schlaganfalls möglich. Das belegt eine Metaanalyse von vier randomisierten Studien, in denen die verschiedenen NOAK mit Warfarin bei Patienten mit VHF verglichen wurden [Ruff

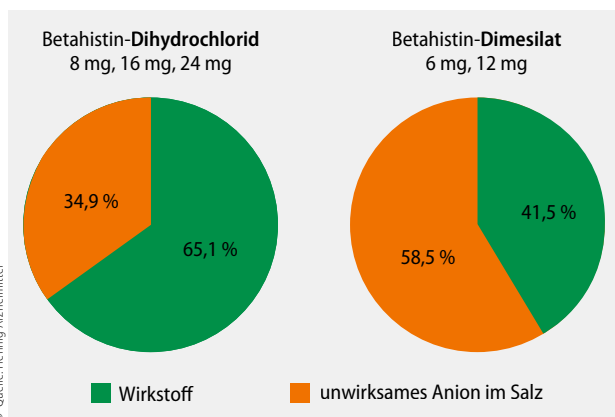
CT et al. Lancet 2014; 383: 955 – 62]. Hä-morrhagische Schlaganfälle waren signifikant seltener, die Gesamtmortalität signifikant niedriger. „Das Risiko für hä-morrhagische Schlaganfälle wird halbiert“, betonte Nabavi. Auch das Risiko für schwere Blutungen war geringer, intrakranielle Blutungen traten signifikant seltener auf. In der AVERROES-Studie war Apixaban (Eliquis®) mit Acetylsalicylsäure verglichen worden, und zwar bei Patienten, die für die Therapie mit einem Vitamin-K-Antagonisten nicht infrage kamen. Apixaban reduzierte das Risiko für Schlaganfall oder systemische Embolien gegenüber ASS um relative 55%.

Dr. Beate Fessler, freie Medizinjournalistin

„Schlaganfallrisiko Vorhofflimmern – Antikoagulation und kardiale Intervention – Was ist möglich?“ Neurowoche 2014, München, 17.9.2014; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb & Pfizer Pharma

Schwindel

Morbus Menière und andere Schwindelursachen differenziert behandeln



1 Betahistin-Dihydrochlorid und Betahistin-Dimesilat unterscheiden sich im Wirkstoffanteil deutlich voneinander.

Morbus Menière ist eine Innenohrerkrankung mit der klassischen Symptomtrias Drehschwindel, Tiefton-Hörmindereung und Tinnitus. „Anfangs treten die charakteristischen Symptome anfallsweise auf, im zeitlichen Verlauf können Hör-minderung und Tinnitus jedoch persistieren“, informierte Dr. Frank Wald-fahrer, HNO-Klinik des Universitätsklinikums Erlangen. Eine effektive Anfallsprophylaxe ist mit dem Histamin-Derivat Betahistin möglich, das vor allem an-

tagonistisch an präsynaptischen H₃-Rezeptoren und daneben agonistisch an postsynaptischen H₁-Rezeptoren wirkt. „In der praktischen Anwendung ist zu beachten, dass Betahistin in zwei verschiedenen Salzen verfügbar ist, nämlich als Betahistin-Dihydrochlorid (z. B. Betavert® N) und als Betahistin-Dimesilat (z. B. Betavert®)“, erläuterte Wald-fahrer. Betahistin-Dihydrochlorid weist im Vergleich zu Betahistin-Dimesilat einen deutlich höheren Wirkstoffanteil auf (►Abb. 1).

Darüber hinaus ist Betahistin-Dihydrochlorid in höher dosierten Fertigarzneimitteln erhältlich. „Da mit Betahistin-Dihydrochlorid durch den höheren Wirkstoffanteil einer einzelnen Tablette auch deutlich höhere Wirkspiegel erreicht werden, ist es wichtig, bei der Verordnung auf die präzise Angabe des Wirkstoffs zu achten“, riet der HNO-Arzt. Darüber hinaus ist es laut Wald-fahrer wichtig, Betahistin ausreichend hoch dosiert zu geben. Empfehlenswert seien zwei Tabletten Betahistin-Dihydrochlorid der Wirkstärke 24 mg täglich. Möglich seien allerdings auch höhere Dosierungen bis zu dreimal täglich 48 mg [Strupp M et al. 2008; Acta Otolaryngol 128: 520 – 24].

Bei allen anderen Schwindelursachen – insbesondere bei Schwindel im Alter – ist die Fixkombination aus Cinnarizin und Dimenhydrinat (Arlevert®) dem Wirkstoff Betahistin weit überlegen. „Umfragen sowie die Verordnungsstatistik zeigen, dass Betahistin dennoch sehr häufig auch bei anderen Erkrankungen mit Schwindel eingesetzt wird. Bei den verordnenden Ärzten besteht offenbar noch ein erheblicher Aufklärungsbedarf“, schlussfolgerte Wald-fahrer.

Dr. Silke Wedekind, freie Medizinjournalistin

10. Hennig-Vertigo-Symposium „Aktuelle Therapiekonzepte bei vestibulärem Schwindel“, Neu-Ulm, 17.10.2014. Veranstalter: Hennig Arzneimittel