

Prof. Dr. med. T. Lewalter

Direktor der Klinik für Kardiologie und
Internistische Intensivmedizin
Isar Herz Zentrum, Isarkliniken GmbH, München

Kardiologie

50 – Schlaganfall- und Embolie-
prophylaxe bei Vorhofflimmern

55 – Medikamentöse Rhythmus-
kontrolle bei Vorhofflimmern

58 – Update KHK

Neuerungen in der Therapie des Vorhofflimmerns

Antikoagulation ausgeweitet, Rhythmuskontrolle überarbeitet

— Die Therapie des Vorhofflimmerns hat in mehreren wichtigen Bereichen aktuelle Neuerungen oder klinisch relevante Änderungen erfahren:

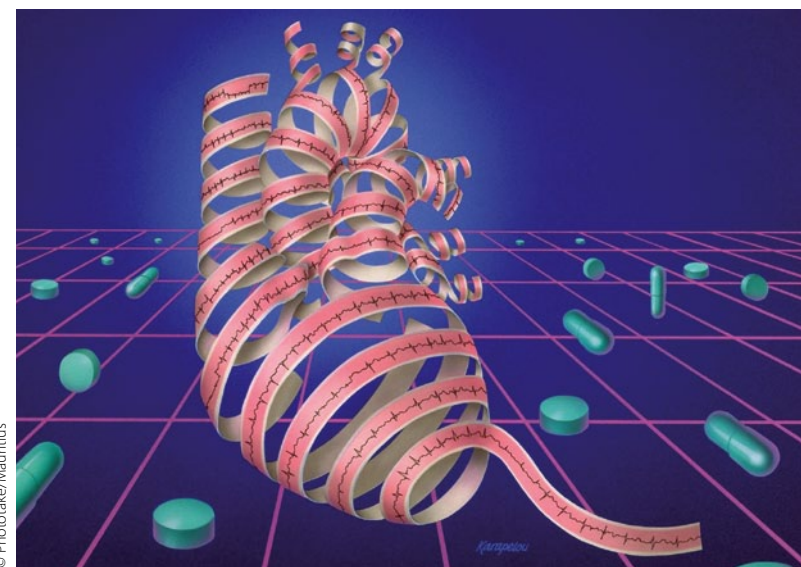
1 Zum einen ist die Indikationsstellung zur oralen Antikoagulation deutlich erweitert worden, zum anderen stehen in Deutschland bereits zwei neue für die Indikation Vorhofflimmern zugelassene Antikoagulanzen (Dabigatran, Rivaroxaban) zur Verfügung. Dies hat zur Folge, dass künftig deutlich mehr Patienten mit Vorhofflimmern einer oralen Antikoagulation unterzogen werden. Beim Einsatz der neuen Antikoagulanzen ist zu beachten, dass sie nicht nur die Anwendung erleichtern, sondern dass ihr Einsatz auch spezielle Kenntnisse erfordert. Dies hat sich bei der unkritischen und daher unfachmännischen Gabe von Dabigatran, z. B. bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz und dem Auftreten entsprechender Blutungskomplikationen, gezeigt.

2 Die Empfehlung zur medikamentösen Rhythmuskontrolle der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, in der das Dronedaron eine prominente Position einnimmt, muss im Lichte der PALLAS-Studie (Dronedaron bei Patienten mit permanentem Vorhofflimmern) überdacht und für die klinische Praxis abgewandelt werden. Ein entsprechend überarbeitetes Schema zur modifizierten medikamentösen Rhythmuskontrolle wird im zweiten Schwerpunktbeitrag vorgestellt.

3 Auch aufgrund der Schwächen und Nebenwirkungsgefahr der medikamentösen Therapie erfährt die interventionelle Therapie des Vorhofflimmerns eine immer stärkere Ausweitung. Hier spielt die korrekte Indikationsstellung und gründliche Aufklärung des Patienten über die individuellen Erfolgsaussichten und mögliche Komplikationen eine besondere Rolle. Somit kommt dem informierten Arzt eine besonders verantwortliche Rolle zu. Spannend wird dieses Behandlungsgebiet aber auch durch den Einzug technologisch hochspezialisierter Verfahren wie der Kryoablation oder der Laserablation mittels intrakardialer Endoskopie. Ein Artikel, der Sie hier auf den neuesten Stand bringen wird, erscheint in einer der nächsten Ausgaben der MMW.

Aber nicht nur die klinische Elektrophysiologie weist viele Fortschritte auf; auch im Bereich der interventionellen und konservativen Behandlung der koronaren Herzkrankheit sind zahlreiche Neuerungen zu berichten. Dies reicht von neuen und effektiveren Substanzen zur Thrombozytenaggregationshemmung bis hin zu Konzepten der intrakoronaren Thrombusaspiration beim akuten Koronarsyndrom.

Die konservativ-medikamentöse Behandlung der koronaren Herzkrankheit hat sich über viele Jahre kaum geändert: Mit dem If-Ionenkanalblocker Ivabradin und dem Piperazinderivat Ranolazin stehen Vertreter neuer Wirkkonzepte für den klinischen Einsatz zur Behandlung der Angina pectoris zur Verfügung. Diese Behandlungsansätze erhalten durch die Ergebnisse der COURAGE-Studie eine besondere Bedeutung, da hier dem unkritischen Einsatz interventioneller Verfahren bei stabiler Angina pectoris nahezu der Boden entzogen wurde.



© Phototaker/Mauritius