

Vorhofflimmern: primär keine Antiarrhythmika!

Ergebnisse der AF-CHF-Studie

Eine medikamentöse antiarrhythmische Behandlung ist bei Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern routinemässig nicht angezeigt. Das bestätigt die Atrial-Fibrillation-and-Congestive-Heart-Failure-(AF-CHF-)Studie, deren Ergebnisse im vergangenen Jahr im «New England Journal of Medicine» publiziert wurden.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz sind zwei Herzerkrankungen, die mit einer hohen Morbidität und Mortalität einhergehen – und zu allem Überfluss fördern sie sich gegenseitig auch noch in ihrer Entstehung. Vorhofflimmern kann zu Herzinsuffizienz führen, diese wiederum kann ein Vorhofflimmern hervorrufen. Etwa 10 bis 50 Prozent der herzinsuffizienten Patienten haben gleichzeitig ein Vorhofflimmern. Angesichts der ungünstigen Prognose liegt es nahe zu versuchen, die Arrhythmie durch elektrische Kardioversion oder medikamentös mit Antiarrhythmika in den Sinusrhythmus zurückzuführen. Allein das Unterfangen erweist sich als besonders schwierig, da Herzinsuffiziente Antiarrhythmika oft schlecht vertragen. Aufgrund bisheriger Studiendaten wird eine

Antiarrhythmikatherapie bei Vorhofflimmern auch im Allgemeinen nicht routinemässig empfohlen.

Studie mit fast 1400 Teilnehmern

Die AF-CHF-Studie hat diese Einschätzung nun auch für Patienten mit Herzinsuffizienz und linksventrikulärer Funktionsstörung bestätigt. An der internationalen Multizenterstudie nahmen 1376 Patienten teil. Alle wiesen Vorhofflimmern und eine Herzinsuffizienz mit einer linksventrikulären Auswurfraction von unter 35 Prozent auf. Eine Hälfte wurde der «Puls»-Kontrollgruppe zugeteilt. Die Patienten wurden auf Beta-blocker und Digitalis in der individuell erforderlichen Dosierung eingestellt. Ziel der Behandlung war eine Ruhfrequenz von unter 80 Schlägen pro Minute und ein Puls von unter 110 Schlägen pro Minute nach sechsminütigem Gehstest – ermittelt jeweils anhand eines Elektrokardiogramms.

Die «Rhythmus»-Gruppe unterzog sich hingegen einer aggressiven Behandlung mit Antiarrhythmika. Wenn es nicht innert sechs Wochen gelang, die Patienten in den Sinusrhythmus zu überführen, erfolgte die elektrische Kardioversion. Medikament der Wahl war Amiodaron, aber auch Sotalol oder Dofetilid waren erlaubt. Patienten beider Behandlungsgruppen kamen im übrigen in den Genuss der üblichen Herzinsuffizienztherapie.

Kein Vorteil durch Antiarrhythmika

Als primärer Studienendpunkt war kardiovaskulärer Tod festgelegt worden. Die Patienten waren durchschnittlich über einen Zeitraum von 37 Monaten, also gut

drei Jahre, beobachtet worden. Während dieser Zeit verstarben 182 Patienten (27%) in der «Rhythmus»-Kontrollgruppe gegenüber 175 (25%) in der «Frequenz»-Kontrollgruppe – mit anderen Worten: Die antiarrhythmische Therapie brachte überhaupt keinen Vorteil. Stattdessen mussten die Patienten sogar öfter hospitalisiert werden. Wenig erfreulich fiel auch das Bild bei den vordefinierten sekundären Studienendpunkten aus: Hinsichtlich Gesamtmortalität, Schlaganfallrate und Verschlechterung einer Herzinsuffizienz ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiegruppen.

Fazit der Autoren: Die Kontrolle der Herzfrequenz sollte auch bei herzinsuffizienten Patienten mit Vorhofflimmern das primäre Vorgehen darstellen. Sie weisen darauf hin, dass die Ergebnisse aber nicht automatisch auf Patienten mit Herzinsuffizienz und erhaltener linksventrikulärer Funktion übertragbar seien. Ein Grund für den ausbleibenden Erfolg könnte die Toxizität der Antiarrhythmika sein. Für das hauptsächlich eingesetzte Amiodaron war in früheren Studien allerdings kein Überlebensnachteil dokumentiert worden. Im Lauf der AF-CHF-Studie nahm die Zahl der mit Amiodaron Therapierten aber ab, sei es aufgrund von Unwirksamkeit oder aber wegen Unverträglichkeit. 21 Prozent der Patienten wechselten von der «Rhythmus»-Gruppe zur «Puls»-Gruppe, weil sich unter den Antiarrhythmika kein Sinusrhythmus einstellte.

Merksätze

- Bei herzinsuffizienten Patienten mit Vorhofflimmern ist die primäre Strategie die Einstellung der Herzfrequenz mit Digitalis/Betablockern.
- Die Überführung in einen Sinusrhythmus mit Amiodaron ist zumeist nicht erfolgversprechender.

Die Studienautoren halten es für möglich, dass das Vorhofflimmern vor allem einen Marker darstellt, der eine schlechte Prognose der Herzinsuffizienz anzeigt. Das eigentliche Problem sei die eingeschränkte Ventrikelfunktion, die neurohormonelle Aktivierung und die Entzündungsvorgänge, während dem Vorhofflimmern womöglich gar keine eigenständige Bedeutung für den «outcome» zugeschrieben werden könne.

Diese Auffassung teilen auch die Editorialisten Michael E. Cain und Anne B. Curtis. Sie gehen allerdings davon aus, dass ein Sinusrhythmus besser für die Patienten wäre. Um diesen zu erzielen, fehlten aber momentan die geeigneten Medikamente. Möglicherweise könnte sich das Katheterablationsverfahren als eine bessere Alternative erweisen. Entsprechende Vergleichsstudien zur Wirksamkeit von Antiarrhythmika und Ablation sind im Gang. Nach Meinung der Editorialisten sollte es bei diesen Untersuchungen nicht nur um die Frage gehen, wie oft es gelingt, einen Sinusrhythmus herzustellen und die Symptome zu beseitigen, ebenso wichtig sei es, Mortalitäts- und Morbiditätsraten miteinander zu vergleichen. Nicht zuletzt müsse auch für die Katheterablation erst noch gezeigt werden, dass sie es mit der schlichten Einstellung der Herzfrequenz aufnehmen könne. Dieses Vorgehen sei derzeit eine durchaus brauchbare und zudem kosteneffektive Strategie. ■

Denis Roy, et al.: Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med* 2008; 358: 2667-2677.

Michael E. Cain, Anne B. Curtis: Rhythm control in atrial fibrillation – one setback after another. *N Engl J Med* 2008; 358: 2725-2727.

Uwe Beise