

6. Zusammenfassung

Vorhofflimmern ist die häufigste Rhythmusstörung im Erwachsenenalter mit Symptomen wie Palpationen, Schwindelgefühl, Dyspnoe, Angina pectoris und Hypotonie. Zudem besteht das Risiko der Bildung von Vorhoffthromben mit erhöhtem Embolierisiko sowie hämodynamischer Kompromittierung mit akuter Linksherzinsuffizienz. Eine schnelle und effektive Möglichkeit der Behandlung stellt die transthorakale Kardioversion dar. Allerdings wurde in 7-26 % der Fälle^{26,27} innerhalb der ersten 10 Minuten nach Kardioversion ein Frührezidiv („immediate recurrence of atrial fibrillation“ = IRAF) beobachtet, das heißt der Sinusrhythmus konnte nicht aufrecht erhalten werden. Deshalb ist es wichtig eine geeignete Therapiestrategie zur Behandlung von Vorhofflimmer-Frührezidiven zu entwickeln.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Kardioversion von 185 Patienten, welche nach einem festgelegten „step-up“ Protokoll erfolgte, ausgewertet. Mindestens zwei Frührezidive ereigneten sich bei 20 Patienten (11 %). Diese Patienten wurden randomisiert entweder mit dem Klasse-III-Antiarrhythmikum Amiodaron i.v., welches Natrium-Kanal-, Kalzium-Kanal und β -blockierende Eigenschaften hat oder mit dem Kalziumkanalblocker Verapamil i.v. behandelt. Die mit Amiodaron behandelten Patienten (13 Patienten, 65 %) waren den mit Verapamil behandelten Patienten (7 Patienten, 35 %) in ihren demographischen und klinischen Merkmalen gleich. In der Amiodarongruppe konnte bei 6 von 13 Patienten (46 %) nach der Kardioversion eine weitere IRAF-Episode vermieden werden. In der Verapamilgruppe war dies bei 2 von 7 Patienten (29 %) der Fall. Obwohl nach Amiodarongabe bei deutlich mehr Patienten der Sinusrhythmus aufrechterhalten werden konnte, gab es keinen signifikanten statistischen Unterschied zwischen Amiodaron und Verapamil. Bei Misserfolg war ein Wechsel in den anderen Medikamentenarm möglich. Nach dem Wechsel verblieben 8 von 15 mit Amiodaron behandelten Patienten (53 %) sowie 2 von 10 mit Verapamil behandelten Patienten (20 %) im Sinusrhythmus ($P=n.s.$). Insgesamt konnte bei 10 von 20 Patienten (50 %) eine weitere IRAF-Episode vermieden werden. Das mittlere Kopplungsintervall war in der IRAF-Gruppe signifikant kürzer als in der Gruppe ohne Frührezidiv ($P<0,001$). Bei der Anzahl der Vorhofextrasystolen und der Zeit bis zur ersten Extrasystole gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit IRAF und den Patienten ohne IRAF.

Die Tatsache, dass Patienten mit IRAF nach erfolgreicher Behandlung mit Amiodaron und/oder Verapamil im Langzeitverlauf keine höhere Vorhofflimmer-Rezidivquote haben als die Patienten ohne IRAF (47% vs. 50 %, P=n.s.), rechtfertigt weitere Kardioversionsversuche nach medikamentöser Vorbehandlung.