Neue ESC-Leitlinie bei Vorhofflimmern

Embolien vermeiden ist oberstes Therapieziel

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung und mit einer hohen Morbidität verbunden. Wichtigstes Therapieziel ist die Verhinderung thromboembolischer Komplikationen. Wie dies am besten gelingt hat die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) in ihren neuen Leitlinien zusammengefasst.

Vorhofflimmern (VHF) ist eine chronisch progrediente Erkrankung. Die meisten Patienten haben zu Beginn paroxysmales Vorhofflimmern – häufige kurze Episoden, meist spontan limitiert –, das im Verlauf von Jahrzehnten in persistierendes Vorhofflimmern – seltene, aber anhaltende Episoden, bei denen zur Terminierung in der Regel eine Kardioversion nötig ist – und später in permanentes Vorhofflimmern fortschreitet – chronisch, in der Regel nicht mehr rhythmisierbar außer durch Ablation, Therapieziel: Frequenzkontrolle.

Rhythmus- oder Frequenzkontrolle?

Der Erhalt des Sinusrhythmus ist bei VHF-Patienten schwierig, sagte Prof. Dr. Christoph Stellbrink aus Bielefeld. Selbst unter einer Therapie mit Amiodaron, dem wirksamsten Antiarrhythmikum, seien nach drei Jahren nur noch etwa die Hälfte der Patienten im Sinusrhythmus. Die Rhythmuskontrolle sei generell nicht besser als die Frequenzkontrolle, die ein „akzeptables Therapieziel“ sei, so der Kardiologe. Beide Therapiestrategien sollten nach individuellen Kriterien zum Einsatz kommen: Die Rhythmuskontrolle wird bevorzugt bei

- paroxysmalem oder neu diagnostiziertem VHF,
- jüngeren Patienten (< 65 Jahren)
- stärkeren Beschwerden,
- Patienten ohne Hypertonie und
- Patienten mit Herzinsuffizienz, die sich durch VHF eindeutig verschlimmert hat,

die Frequenzkontrolle dagegen bei

- persistierendem VHF
- älteren Patienten
- gering symptomatischen Patienten
- Patienten mit Hypertonie

- Patienten ohne Herzinsuffizienz
- Versagen einer früheren antiarrhythmischen Therapie.

Außerdem ist die Patientenpräferenz von Bedeutung, sagte Stellbrink. Wird die Frequenzkontrolle gewählt, reicht nach neuen Daten eine moderate Frequenzsenkung auf eine Ruhfrequenz < 110/Min aus.

Am wichtigsten ist in der Therapie die Verhinderung zerebrovaskulärer Komplikationen. Die Mortalität von VHF-Patienten und die Infarktinzidenz ist rund doppelt so hoch wie bei Vergleichspersonen ohne Herzrhythmusstörung. Rund jeder fünfte Patient muss einmal im Jahr wegen kardiovaskulären Komplikationen hospitalisiert werden und rund jeder vierte Schlaganfall ist die Folge von Vorhofflimmern. Gehäuft verlaufen diese Schlaganfälle schwer, enden tödlich oder führen zu bleibenden Behinderungen.

Orale Antikoagulation

Bei fast allen Patienten ist zur Schlaganfallprophylaxe eine orale Antikoagulation indiziert. Einzige Ausnahme sind laut ESC-Leitlinie Männer und Frauen unter 65 Jahren mit idiopathischem Vorhofflimmern. Weniger als 10% der VHF-Patienten brauchen keine orale Antikoagulation, schätzt Stellbrink. Diese Patienten haben nur 0–1 Punkt beim CHA₂DS₂VASc-Score (maximal 9 Punkte), der jetzt zur Beurteilung des Schlaganfall-Risikos empfohlen wird. Gegengerechnet sollte aber immer das Blutungsrisiko der Patienten nach HAS-BLED-Score, so dass der Einsatz von Antikoagulanzen eine individuelle Entscheidung bleibt.

Zu bevorzugen seien bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern neue orale Antikoagulanzen.

Bei den Antiarrhythmika bei paroxysmalem und persistierendem VHF „ist Dronedaron recht weit nach vorne gerückt“, sagte Stellbrink; die Substanz zählt zur Erstlinientherapie bei Patienten ohne oder mit minimaler struktureller Herzerkrankung (neben Flecainid, Propafenon und Sotalol), ist die Therapie der Wahl bei Hypertonikern mit linksventrikulärer Hypertrophie und bei Patienten mit KHK die erste Alternative zu Sotalol. Auch der Stellenwert der Katheterablation ist im neuen Therapiealgorithmus aufgewertet worden. Das Verfahren ist in der Regel zweite oder dritte Wahl nach Versagen von einem oder zwei Antiarrhythmika; unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz kann die Ablation aber sogar noch frühzeitig zum Einsatz kommen. (Roland Fath)

12. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, 5.-7.12.2012