Von der Diagnostik bis zur integrierten Versorgung

Vorhofflimmern: Update der Leitlinien

Die europäischen Leitlinien zum Management bei Vorhofflimmern sind wieder aktualisiert worden. Nicht nur Kardiologen waren in das Update involviert: Einer integrierten Betreuung der Patienten durch ein multidisziplinäres „Herzteam“ wird darin große Bedeutung beigemessen.

— Die beim ESC-Kongress 2016 in Rom präsentierte Neufassung der ESC-Leitlinien Vorhofflimmern bringt es auf insgesamt 154 Empfehlungen. Rund zwei Drittel davon seien „evidenzbasiert“, verkündete Prof. Paulus Kirchhof aus Birmingham/Münster nicht ohne Stolz.

Frühe Diagnose stärker betont

Das Ziel, Vorhofflimmern möglichst früh zu diagnostizieren, wird in den neuen Leitlinien stärker betont. Schließlich weiß man, dass dabei viele Arrhythmie-Episoden klinisch stumm verlaufen, deshalb aber kein geringeres Risiko bergen. Die Leitlinien empfehlen ein gelegentliches EKG-Screening auf Vorhofflimmern bei Patienten im Alter über 65 Jahre. Bei Patienten mit durchgemachtem ischämischen Schlaganfall oder TIA wird zu einem Ruhe-EKG, gefolgt

von einem EKG-Monitoring über mindestens 72 Stunden geraten.

Die fünf Bereiche der Therapie

Die Therapie wird in den Leitlinien in fünf Bereiche unterteilt. Dazu zählen die

- Akuttherapie mit möglicher Kardioversion und Frequenzkontrolle zur hämodynamischen Stabilisierung,
- das Management von Risikofaktoren wie Hypertonie oder von kardiovaskulären Grunderkrankungen wie Herzklappen-Erkrankungen,
- Abschätzung des Schlaganfallrisikos und ggf. orale Antikoagulation zur Schlaganfallprophylaxe,
- Langfristige Frequenzkontrolle zur Symptomverbesserung,
- Rhythmuskontrolle durch Kardioversion, Antiarrhythmika, Katheterablation oder chirurgische Ablation.

Nach wie vor wird der CHA₂DS₂-VASc-Score zur Bestimmung des Schlaganfallrisikos als Basis für die Entscheidung für oder gegen eine orale Antikoagulation empfohlen. Eine leichte Modifizierung: Bei Patienten mit nur einem Risikofaktor (CHA₂DS₂-VASc-Score = 2 bei Frauen und 1 bei Männern) wird nun empfohlen, je nach individuellen Gegebenheiten eine orale Antikoagulation in Betracht zu ziehen (IIa/B-Empfehlung). Bei höherem Risiko (CHA₂DS₂-VASc-Score = 3 bei Frauen und 2 bei Männern oder höher) besteht dagegen eine Indikation zur oralen Antikoagulation (IA-Empfehlung).

Die Behandlung mit Plättchenhemmern wurde aus dem Therapiearsenal für die Schlaganfall-Prophylaxe bei Vorhofflimmern gestrichen.

NOAK: First-Line-Therapie zur Schlaganfallprophylaxe

Als First-line-Therapie werden bei dieser Indikation nun die direkten oralen Antikoagulanzen Apixaban, Dabigatran, Edoxaban und Rivaroxaban empfohlen. Die Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten bleibe aber weiterhin eine valide Option, so Kirchhof. Bei Patienten mit mechanischen Herzklappenprothesen sind sie nach wie vor sogar die einzige Option.

Spezielle Scores zur Abschätzung des Blutungsrisikos unter der Therapie mit Gerinnungshemmern werden nicht mehr empfohlen. Jedoch sollten potenziell modifizierbare Risikofaktoren für Blutungen minimiert werden.

Beim Thema Frequenzkontrolle ist fast alles beim Alten geblieben. Zielvorgabe bei Patienten mit hoher Herzfrequenz ist weiterhin eine Ruhefrequenz von unter 110 Schlägen pro Minute.

Stellenwert der Katheterablation gestärkt

Auch die Empfehlungen zur medikamentösen Rhythmuskontrolle wurden weitgehend beibehalten. Der Stellenwert der Katheterablation ist auf der Basis neuer Daten gefestigt worden. Sie ist inzwischen Therapie der Wahl bei Patienten mit symptomatischen Rezidiven unter einer Therapie mit Antiarrhythmika. Für paroxysmales Vorhofflimmern gibt es eine IA-Empfehlung, für die persistierende Form eine IIa/C-Empfehlung. ■

Peter Overbeck

■ Kongress der European Society of Cardiology (ESC) 2016, Rom, 27.–31.8. 2016
2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS, Eur Heart J 2016, online 27. August

Versorgung im Herzteam

Vorhofflimmern wird längst nicht mehr als eine nur den Herzrhythmus betreffende Störung gesehen. Vielmehr handelt es sich um eine häufig komplexe Erkrankung. Sie geht mit erhöhtem Sterberisiko einher, steigert das Risiko für Schlaganfälle, macht häufig Klinikeinweisungen erforderlich, vermindert die Lebensqualität und beeinträchtigt auf längere Sicht möglicherweise auch kognitive Funktionen.

Damit alle Betroffenen die bestmögliche Therapie erhalten, bedarf es der Teamarbeit von Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen, so Kirchhof. Der Patient wird dabei als zentraler Akteur betrachtet, um vor allem eine langfristige Einhaltung der Therapie zu gewährleisten. Noch immer brechen viele Patienten die orale Antikoagulation nach kurzer Zeit ab und vergrößern damit die Gefahr eines Schlaganfalls.