rer normgewichtiger Patient ohne Herzkrankung und Komorbiditäten mit einem CHA₂DS₂-VASc-Score von ≤ 1 mit einem paroxysmalen Vorhofflimmern ein idealer Kandidat für die Ablation. Auch bei einem Patienten vom Typ „Uwe Seeler“, also etwas älter mit einer EHRA-Klasse III bis IV, einem BMI bis 35 kg/m², mit Herzinsuffizienz und einem CHA₂DS₂-VASc-Score ≥ 4 mit persistierenden Vorhofflimmern kann man es versuchen, obwohl die Erfolgsaussichten deutlich geringer sind. „Doch bei einem Patienten vom Typ ‚Reiner Calmund‘ mit starkem Übergewicht, einer unbehandelten OSAS und einem CHA₂DS₂-VASc-Score ≥ 5 lieber nicht“, so Shin.

Rezidiv: Re-Ablation?

Wie lang sollte man nach einer Ablation warten, bis man von einem wirklichen Rezidiv sprechen kann? Eine Verlaufskontrolle bei 401 Patienten ergab, dass dann, wenn kein symptomatisches Ereignis auftritt, im weiteren Verlauf nach ei-

nem Jahr noch 77,2 % der Patienten im Sinusrhythmus sind. Kommt es innerhalb des ersten Monats nach der Ablation zu einer Vorhofflimmern-Episode, sind es 62,6 %, innerhalb von zwei Monaten 36,4 % und innerhalb von drei Monaten 7,8 %. Daraus ergibt sich eine „blanking“ Zeit von vier bis sechs Wochen, bevor man über einen erneuten Eingriff nachdenken sollte. Doch was tun, wenn die erste Ablation versagt hat? Hinnehmen, Antiarrhythmika oder Re-Ablation? „Gefragt ist hier die ‚patients choice‘, die aber in Wahrheit ‚doctors choice‘ ist“, so Shin. Beim ersten Rezidiv dürften noch leitende Pulmonalvenen im Sinne einer Rekonnektion die entscheidende Rolle spielen, sodass eine erneute Pulmonalvenenisolation durchaus sinnvoll ist.

Ist eine Heilung möglich?

Doch bei weiteren Rezidiven überwiegen andere auslösende Mechanismen, sodass eine Substratmodifikation erforderlich wird. Das mittels MRT nachgewiesene

Ausmaß der atrialen Fibrose dürfte der entscheidende Erfolgsindikator für einen weiteren Ablationsversuch sein. „Bei einer fibrotischen atrialen Kardiomyopathie sind die Chancen sehr schlecht, dass die Ablation dauerhaft zum Erfolg führen könnte“, darauf verwies Shin. Nach einer ersten Langzeitbeobachtung sind zehn Jahre nach der Ablation aber immerhin noch 72 % im Sinusrhythmus, bei persistierendem Vorhofflimmern allerdings nur 38 %. „Bei den 72 % darf man vielleicht doch schon von einer Heilung sprechen“, meint Shin.

Dr. med. Peter Stiefelhausen

Quelle: Cardiovascular Summit, 24.9.2016 in Köln

Breite Kammerkomplexe: Ventrikuläre oder supraventrikuläre Tachykardie?

Bei einer Tachykardie mit breiten Kammerkomplexen ist die entscheidende Frage: Ventrikulär oder supraventrikulär? Eine genaue EKG-Analyse kann zusammen mit den Patientencharakteristika diese Frage oft eindeutig beantworten.

Bei einer Tachykardie mit schmalen Kammerkomplexen ist die Sache einfach: Es handelt sich immer um eine supraventrikuläre Tachykardie, wobei es sich um Vorhofflimmern, Vorhofflattern, eine AV-Knoten-Reentry-Tachykardie oder eine ektope atriale Tachykardie handeln kann. „Solche Tachykardien sind zwar störend, aber harmlos“, sagte PD Dr. Philipp Sommer aus Leipzig. Doch umgekehrt ist nicht jede Tachykardie mit breiten Kammerkomplexen ventrikulären Ursprungs (VT); denn es kann auch eine supraventrikuläre Tachykardie mit Aberranz wie bei einem vorbestehenden Schenkelblock vorliegen. Wichtig und diagnoseweisend ist die Vorgeschichte des Patienten; denn

bei Patienten mit bekannter KHK bzw. Zustand nach Myokardinfarkt und eingeschränkter Ejektionsfraktion (EF) sowie einer Frequenz > 160 Schläge/min handelt es sich in 95 % der Fälle um eine VT. „Deshalb sollte man bei solchen Patienten bis zum Beweis des Gegenteils immer von einer VT ausgehen“, lautete die Empfehlung von Sommer.

Genaue EKG-Analyse verrät vieles

Die genaue Analyse erfordert immer ein 12-Kanal-EKG. Der erste Blick sollte sich auf den QRS-Vektor richten; eine „Nord-West-Achse“ spricht ebenso für eine VT wie ein im Vergleich mit dem EKG vor oder nach der Tachykardie veränderter Hauptvektor. Eine Tachykardie, die

durch eine supraventrikuläre Extrasystole initiiert wird, ist dagegen supraventrikulär. Eine progressive Aberranz, d. h. eine Breitenzunahme des QRS-Komplexes mit der Frequenz („je schneller, desto breiter“) ist auch ein sicherer Hinweis für eine supraventrikuläre Tachykardie.

Eine VA-Dissoziation spricht dagegen für eine VT, ebenso Capture beats. Darunter versteht man vereinzelte eingestreute schmale Kammerkomplexe, die entstehen, wenn bei einer VT gelegentlich normale Sinusknotenaktionen sich zwischen die ventrikulären Aktionen in die Kammer „einschmuggeln“. „Solche Einfangschläge beweisen eine VT“, so Sommer. Auch eine Konkordanz der Hauptschläge über allen BW-Ableitungen nach „oben“ oder „unten“ ist dringend verdächtig auf eine VT. Ein weiteres sicheres Zeichen für eine VT sind blockierte P-Wellen und das Fehlen des P-Wellen-Reset. Darunter versteht man, dass direkt nach einer supraventrikulären Tachykardie der erste Abstand zwischen den P-Wellen etwas breiter ist als beim normalen Sinusrhythmus, weil der Sinusrhythmus nach der Tachykardie erst wieder anspringen muss. *sti*