

Neue Evidenz für die Verbesserung der Prognose durch die Katheterablation von Vorhofflimmern

Shibu Mathew · Andreas Rillig

Die Katheterablation konnte durch eine signifikant höhere Rezidivfreiheit und eine Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zur medikamentösen antiarrhythmischen Therapie zunehmend an Bedeutung gewinnen, insbesondere erreicht durch eine schrittweise Optimierung der Ablationsstrategie und der Patientenselektion [1–3]. Ergebnisse von großen Registerstudien legen nahe, dass die Katheterablation von Patienten mit Vorhofflimmern prognoserelevante Endpunkte wie beispielsweise die Rate von Schlaganfällen reduzieren könnte [4]. Allerdings konnte die CABANA-Studie, welche explizit die Katheterablation mit einer medikamentösen Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern verglich, in der randomisierten Gesamtpopulation keine Überlegenheit der Katheterablation im Vergleich zur medikamentösen Therapie hinsichtlich des primären kombinierten Endpunktes bestehend aus Tod, beeinträchtigenden Schlaganfällen, schweren Blutungen oder plötzlichem Herztod nachweisen [1]. Dennoch zeigte sich in einer kürzlich publizierten Subgruppenanalyse der CABANA-Studie, dass insbesondere bei jüngeren Patienten (<75 Jahre) durch die Katheterablation der primäre Endpunkt signifikant reduziert werden kann, wohingegen dies bei älteren Patienten (≥75 Jahre) nicht der Fall war [5]. Zudem lag in einer Subgruppenanalyse der in die CABANA-Studie eingeschlossenen Patienten mit Herzinsuffizienz ein signifikanter Vorteil der Katheterablation hinsichtlich des primären Endpunktes im Vergleich zur medikamentösen Therapie vor, wobei hier insbesondere Patienten mit einer erhaltenen linksventrikulären Funktion eingeschlossen waren [6]. Dies unterstreicht nochmals den Stellenwert der Katheterablation in selektierten Patientenkollektiven insbesondere bei Patienten mit Herzinsuffizienz, der bereits für Patienten mit reduzierter linksventrikulärer Pumpfunktion in der CASTLE-AF-Studie gezeigt werden konnte [7]. Es sollte hierbei beachtet werden, dass auch bei Patienten mit Herzinsuffizienz und reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion eine frühe Intervention sinnvoll erscheint, da Patienten mit niedrigeren NYHA-Stadien (I/II) mehr von der Katheterablation zu profitieren scheinen, als Patienten mit Zeichen der fortgeschrittenen Herzinsuffizienz (NYHA III/IV) [8].

Vor kurzem konnte die randomisierte EAST-AFNET4 Studie zeigen, dass die frühe Rhythmuskontrolle bei Patienten mit früh diagnostiziertem Vorhofflimmern (Diagnose \leq 12 Monate) einen kombinierten Endpunkt bestehend aus kardiovaskulärer Mortalität, Schlaganfall und Hospitalisierung wegen Verschlechterung einer Herzinsuffizienz oder eines akuten Koronarsyndroms reduzieren kann [9]. Diese Vorteile konnten neben den Effekten in der



AGEP.

Arbeitsgruppe Elektrophysiologie und Rhythmologie
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

V. i. S. d. P.

Univ.-Prof. Dr. med. Daniel Steven

Herzzentrum der Uniklinik Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

Telefon: 0221/478-32396

E-Mail: daniel.steven@uk-koeln.de

Gesamtpopulation in Subgruppenanalysen auch für asymptomatische Patienten oder Patienten mit Herzinsuffizienz gezeigt werden [9–11]. Zu beachten ist, dass in der EAST-AFNET4 Studie nur ein geringer Anteil der Patienten mittels Katheterablation behandelt wurde und somit ein Vergleich der frühen Katheterablation als primäre Strategie zur Rhythmuskontrolle mit der üblichen Therapie aussteht. Hierfür sind weitere randomisierte Studien erforderlich.

In der Zusammenschau spiegelt sich in dieser Vielzahl von Studien der besondere Stellenwert der interventionellen Therapie des Vorhofflimmerns wider.

PD Dr. Shibu Mathew,

Universitätsklinik Gießen, shibu.mathew@me.com

PD Dr. Andreas Rillig,

Universitäres Herz- und Gefäßzentrum UKE Hamburg, a.rillig@uke.de

Literatur

1. Packer DL, Mark DB, Robb RA et al (2019) Effect of Catheter Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy on Mortality, Stroke, Bleeding, and Cardiac Arrest Among Patients With Atrial Fibrillation: The CABANA Randomized Clinical Trial. *JAMA* 321(13):1261–1274
2. Nielsen JC, Johannessen A, Raatikainen P et al (2012) Radiofrequency Ablation as Initial Therapy in Paroxysmal Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 367:1587–1595
3. Wazni OM, Dandamudi G, Sood N (2021) STOP AF First Trial Investigators. Cryoballoon Ablation as Initial Therapy for Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 384:316–324
4. Friberg L, Fariborz Tabrizi, Englund A (2016) Catheter ablation for atrial fibrillation is associated with lower incidence of stroke and death: data from Swedish health registries. *Eur Heart J* 37(31):2478–2487
5. Bahnson TD, Giczewska A, Mark DB et al (2022) Association Between Age and Outcomes of Catheter Ablation Versus Medical Therapy for Atrial Fibrillation: Results From the CABANA Trial. *Circulation* 145:796–804
6. Packer DL, Piccini JP, Monahan KH et al (2021) Ablation Versus Drug Therapy for Atrial Fibrillation in Heart Failure. Results From the CABANA Trial. *Circulation* 143:1377–1390
7. Marrouche NF, Brachmann J, Andresen D et al (2018) Catheter Ablation for Atrial Fibrillation with Heart Failure. *N Engl J Med* 378:417–427
8. Sohns C, Zintl K, Zhao Y et al (2020) Impact of Left Ventricular Function and Heart Failure Symptoms on Outcomes Post Ablation of Atrial Fibrillation in Heart Failure: CASTLE-AF Trial. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 13(10):e008461. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.120.008461>
9. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A et al (2020) Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 383:1305–1316
10. Willems S, Borof K, Brandes A et al (2022) Systematic, early rhythm control strategy for atrial fibrillation in patients with or without symptoms: the EAST-AFNET 4 trial. *Eur Heart J* 43(12):1219–1230
11. Rillig A, Magnussen C, Ozga AK et al (2021) Early Rhythm Control Therapy in Patients With Atrial Fibrillation and Heart Failure. *Circulation* 144:845–858

Herzschr Elektrophys 2022 · 33:258

<https://doi.org/10.1007/s00399-022-00862-y>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022