



CrossMark

Boris Schmidt

Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB), Frankfurt am Main, Deutschland

VHF-Ablation ohne Unterbrechung von Dabigatran

Originalpublikation

Calkins H, Willems S, Gerstenfeld EP et al (2017) Uninterrupted dabigatran versus warfarin for ablation in atrial fibrillation. *N Engl J Med* 376:1627–1636

Elektrophysiologische Interventionen inklusive Aggregatimplantationen und Katheterablationen werden bei Patienten mit VHF standardmäßig unter fortgesetzter therapeutischer Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten durchgeführt. Hierdurch lassen sich sowohl Blutungs- als auch thrombembolische Komplikationen reduzieren. Unklarheit herrscht, wie mit direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) umgegangen werden soll, da es bisher nur eine kontrollierte Untersuchung (VENTURE-AF) gab.

Zusammenfassung der Studie

In einer globalen multizentrischen, prospektiv randomisierten Studie an 104 Zentren wurde bei 635 Patienten eine VHF-Ablation durchgeführt. In der Kontrollgruppe wurden die Patienten 4 bis 8 Wochen vor und 8 Wochen nach der Ablation mit Warfarin behandelt (Ziel-INR 2–3). In der Verumgruppe wurde 2-mal täglich 150 mg Dabigatran für den gleichen Zeitraum verabreicht. Am Tag der Intervention wurde die Studienmedikation nicht unterbrochen. Primärer Endpunkt der Studie war das Auftreten von Major-Blutungen (ISTH). Das Patientenkollektiv war jung (mittleres Alter 59 ± 10 Jahre) und hatte in ca. zwei Drittel der Fälle paroxysmales VHF. Das thrombembolische Risiko (Chads-Vasc-Score = 2) war niedrig. Im Studienzeitraum traten signifikant weniger Major-Blutungen in der

Dabigatran-Gruppe auf (5 [1,6 %] vs. 22 [6,9 %]; relative Risikoreduktion 77,2 %). Es wurde nur ein thrombembolisches Ereignis unter Warfarin beobachtet.

Kommentar

Der überwiegende Teil der Patienten, die sich heutzutage zu einer Katheterablation von VHF vorstellen, wird mit DOAKs behandelt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern daher ein wichtiges Puzzlestück für den Umgang mit DOAKs im klinischen Alltag. Die ununterbrochene Gabe des direkten Thrombininhibitors Dabigatran scheint im Rahmen von VHF-Ablationen sicher im Hinblick auf das Auftreten schwerer Blutungen zu sein. Allerdings muss einschränkend angemerkt werden, dass keine der vorliegenden Blutungen so schwerwiegend war, dass der monoklonale Antikörper Idarucizumab zum Einsatz kommen musste. Diesbezüglich sollten folglich die Daten der Registerbeobachtungen abgewartet werden.

Die Autoren geben zu bedenken, dass die Studie ohne Nullhypothese geplant wurde, d. h. lediglich beschreibender Natur ist, da aufgrund der niedrigen Inzidenzen des primären Endpunktes befürchtet werden musste, eine zu große Anzahl an Patienten einschließen zu müssen. Dennoch ist aus den Ergebnissen ableitbar, dass prozedurale Blutungskomplikationen (Leiste, Perikarderguss etc.) unter Dabigatran gut beherrschbar sind.

Die Frage nach der äquipotenten Wirksamkeit, nämlich die Vermeidung thrombembolischer Komplikationen im Rahmen der Ablation kann nicht vollständig beantwortet werden. Erfreulicherweise trat kein derartiges Ereignis im Dabigatran-Arm auf, doch die Zahl

der analysierten Patienten ist naturgemäß zu gering. Für den klinischen Alltag bleibt jedoch die Erkenntnis, dass ein mit Dabigatran antikoagulierter Patient die Therapie nicht unterbrechen muss oder gar komplizierte Bridging-Maßnahmen mit subkutan applizierten, niedermolekularen Heparinen durchführen muss. Trotz kleiner methodischer Mängel wird die RE-CIRCUIT-Studie das Management von Patienten, die sich einer VHF-Ablation unterziehen, weiter vereinfachen.

Korrespondenzadresse

PD Dr. B. Schmidt

Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB)
 Im Prüfling 23, 60389 Frankfurt am Main, Deutschland
 b.schmidt@ccb.de

Interessenkonflikt. B. Schmidt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.