

VF-Ablation: Wann geht's ohne Antikoagulation?

Das Risiko für thromboembolische Ereignisse nach erfolgreicher Katheterablation des Vorhofflimmerns ist relativ niedrig, sodass die orale Antikoagulation zwei bis drei Monate später bei Patienten mit CHA2DS2VASc-Score von <2 beendet werden kann. Bei Patienten mit höherem Risiko sollte man die OAK aber zunächst fortführen. Denn randomisierte Studien dazu fehlen.

Der Erwartung vieler Patienten, die Antikoagulation nach einer erfolgreichen Katheterablation beenden zu können, können wir leider in den meisten Fällen nicht gerecht werden“, sagte Prof. Ernst Vester, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf; denn die arrhythmiefreie Einjahres-Überlebensrate nach Katheterablation betrage beim paroxysmalen Vorhofflimmern (VF) 63% und beim persistierenden VF sogar nur 39%.

Auch das asymptomatische VF-Rezidiv könne zu einem ischämischen Insult führen. Deshalb empfehle die ESC-Leitlinien nach einer erfolgreichen Ablation die Fortführung der Antikoagulation bei einem CHA2DS2VASc-Score von ≥ 2 .

Doch aus Registerdaten weiß man, dass sogar fast zwei Drittel der Hochrisikopatienten innerhalb des ersten Jahres nach erfolgreicher Ablation die Antikoagulation beenden und zwar unabhängig davon, ob diese mit einem Vitamin K-Antagonisten oder einem NOAK erfolgte. Daher stelle sich, so Vester, die Frage, ob die ESC-Empfehlungen in dieser Form gerechtfertigt seien. Bisher fehlten jedoch Daten aus prospektiven, randomisierten Studien. Doch in Beobachtungsstudien zeigte sich, dass die Inzidenz eines thromboembolischen Ereignisses sehr niedrig ist, wenn die OAK drei Monate nach dem Eingriff abgesetzt wird. „Bei keinem der Patienten ohne

OAK mit einem CHA2DS2-Score ≥ 1 trat bei einem Follow-up von über zwei Jahren ein thromboembolisches Ereignis auf“, so Vester. In einer anderen Studie lag die Inzidenz eines ischämischen Ereignisses unter OAK bei 0,45% im Vergleich zu 0,07% ohne OAK, aber unter der OAK stieg das Blutungsrisiko von 0,04% auf 2% an. In einer anderen Studie trat ein erneutes ischämisches Ereignis nach Beendigung der OAK nur bei Patienten mit VF-Rezidiv auf und zwar in 3% der Fälle. Dem standen zwei schwere nicht letale Blutungen bei Patienten mit einem VF-Rezidiv unter OAK gegenüber. „Auf der Basis dieser Ergebnisse scheint es so zu sein, dass die Risiko-Nutzen-Ratio für die Absetzung der OAK nach erfolgreicher Ablation des VF spricht, sogar bei Patienten mit einem mittelhohem Risiko für einen ischämischen Insult entsprechende des CHADS2-Scores“, so Vester. Doch diese Schlussfolgerung müsse erst noch ihre Bestätigung in großen prospektiven, randomisierten Studien finden. (sti)

Bildgebung bei VF-Ablation: Kardiologe und Radiologe müssen ziemlich beste Freunde sein

Vorhofflimmern-Patienten, bei denen eine Katheterablation geplant ist, sollten vorher eine bildgebende Diagnostik, sprich CT oder MRT erhalten. Doch welches Verfahren ist bei welcher Fragestellung am aussagekräftigsten?

Unter den bildgebenden Verfahren in der Kardiologie konkurrieren das CT und das MRT. Für das CT sprechen die Verfügbarkeit, die hohe räumliche Auflösung und kurze Untersuchungsdauer, für das MRT die fehlende Strahlenbelastung und fehlende Notwendigkeit eines Kontrastmittels und die Möglichkeit einer Gewebedifferenzierung. Beide Verfahren haben einen wichtigen Stellenwert im Rahmen der Katheterablation beim Vorhofflimmern (VF).

CT ersetzt nicht die TEE

Eine der gefürchtetsten Komplikationen bei der Katheterablation des VF sind thromboembolische Ereignisse. „Daher ist es wichtig, dass vor der Intervention bei entsprechender Antikoagulation Thromben im linken Vorhof, genauer ge-

sagt im linken Vorhof mittels bildgebender Diagnostik zuverlässig ausgeschlossen werden“, sagte Prof. Thomas Deneke, Herz- und Gefäßklinik in Bad Neustadt a. d. Saale. Mit dem CT werde aber eine transösophageale Echokardiografie (TEE) nicht überflüssig, da man mittels CT ein Thrombus im Vorhof nicht mit ausreichender Sicherheit ausschließen könne. Am niedrigsten sei die Schlaganfallrate, wenn eine TEE plus CT oder MRT erfolge. Das CT sei auch wichtig, um vor der geplanten Katheterablation ein umfassendes Bild von der Anatomie des linken Vorhofs zu bekommen, was die Planung der Intervention erleichtere. Besonders hilfreich sei es, wenn das CT in das Mapping-System integriert werde. Ein CT-Merging verbessere zwar das Outcome der Ablation,

aber nicht die Komplikationsrate und verkürze auch nicht die Prozedurzeit.

Fibrosenachweis mittels MRT

In einigen Studien zeigte sich, dass der Ablationserfolg bei VF maßgeblich vom Ausmaß der atrialen Fibrosierung bestimmt wird. „Mit dem MRT steht uns ein Verfahren zur Verfügung, das eine hohe Gewebeauflösung und somit eine zuverlässige Darstellung der linksatrialen Fibrose ermöglicht“, so Deneke. Aber auch die Ablations-Läsionen, also die therapeutisch gewünschten Fibrosierungen ließen sich damit darstellen. Auch neue CT-Technologien dürften künftig solche gewebliche Differenzierungen ermöglichen. Unverzichtbar ist die bildgebende Diagnostik, wenn ein Patient einige Tage oder Wochen nach der Ablation über Fieber und/oder Schluckbeschwerden klagt. Dann muss man immer an die Komplikation einer ösophagoatrialen Fistel denken und sofort ein CT oder MRT veranlassen. „Das faltscheste, was Sie in dieser Situation machen können, ist eine Endoskopie“, so Deneke. (sti)