

ten die Prognose quo ad vitam verschlechtert, legen Daten der FRAMINGHAM-HEART-Studie nahe. Die Verschlechterung der Prognose resultiert nicht nur aus dem vermehrten Auftreten von Schlaganfällen, vielmehr ist auch das Risiko für eine Herzinsuffizienz, einen akuten Herztod und ein letal verlaufendes kardiovaskuläres Ereignis erhöht.

Bessere Prognose nach Ablation

„Dies alles gibt die Antwort auf die Frage, warum wir Vorhofflimmern abladiere sollten“, so Chun. Das Verfahren sei mittlerweile gut etabliert. Von den 76.000 jährlich in Deutschland durchgeführten Ablationen ging die Hälfte auf das Konto des Vorhofflimmerns. Wichtig ist, dass eine komplette Pulmonalvenenisolation erreicht wird. Eine inkomplette elektrische Dekonnektierung von Pulmonalvenen und Vorhof erhöht das Rezidivrisiko. „Pulmonalvenenisolation ist besser als Pulmonalvenenablation.“

Doch ist die Ablation eine rein symptomatische Therapie? Nach den Ergeb-

nissen einer schwedischen Registerstudie wird das Schlaganfallrisiko wie auch die Mortalität danach deutlich gesenkt. In der CASTLE-AF-Studie wurde jüngst sogar eine Verbesserung der Prognose bei herzinsuffizienten Patienten belegt.

In der FIRE AND ICE-Studie wurde die Radiofrequenzablation mit dem Thermoballon verglichen. „Beide Methoden erwiesen sich nach einem Jahr als gleich wirksam“, so Chun. Nach der Kryoballonablation waren allerdings etwas weniger Zweiteingriffe, erneute stationäre Behandlungen und Kardioversionen nötig. Neue Technologien wie der Laserballon seien in Entwicklung.

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

Bei der Entscheidung für den idealen Zeitpunkt sollte man berücksichtigen, dass sich Patienten mit Vorhofflimmern auf einer Einbahnstraße bewegen. Die Krankheit beginnt mit paroxysmalem Vorhofflimmern, dann persistiert sie und geht schließlich in die permanente Form über. Während beim paroxysma-

len Vorhofflimmern die Erfolgsrate der Ablation bei 70 bis 80 % liegt, ist der Eingriff bei persistierendem Vorhofflimmern in 50 bis 70 % erfolgreich und beim permanenten Vorhofflimmern sinkt die Erfolgsrate auf unter 50 %.

Daher sollte man früh eine Katheterablation erwägen. Nach der Leitlinie wird diese nach erfolglosem Versuch mit einem Antiarrhythmikum empfohlen. Nach Aufklärung und Wunsch des Patienten ist der Eingriff auch primär vertretbar, soweit Symptome vorliegen. Gleiches gilt, wenn Antiarrhythmika nicht vertragen werden. „Der ideale Kandidat für die Ablation ist ein symptomatischer Patient mit paroxysmalem oder nicht länger als drei Monate anhaltendem Vorhofflimmern, dessen Vorhoffgröße unter 50 mm liegt“, so Chun.

Viele Patienten hoffen, dass sie nach der Katheterablation die Antikoagulation beenden können. Diese Hoffnung erfüllt sich für die meisten nicht. Jeder Patient muss nach der Ablation über acht Wochen antikoaguliert werden, da sich an den abladerten Arealen Thromben bilden können. Aber selbst nach erfolgreicher Ablation sollte die Medikation bei allen Patienten beibehalten werden, wenn sich aus dem CHA₂DS₂-VASC-Score eine dauerhafte Indikation ergibt.

Was tun bei einem Rezidiv?

Auch nach kompletter Pulmonalvenenisolation kann es zu einer Rekonnektierung kommen. Trete ein Rezidiv auf, solle man immer die Blanking-Periode beachten, meint Chun. Darunter versteht man die ersten drei Monate nach der Ablation, in der ein Vorhofflimmernrezidiv durch den Eingriff entstehen kann, was nichts über den Langzeiterfolg aussagt; denn bei einem Rezidiv in dieser Zeit ist das Langzeitergebnis mit einer Ereignisfreiheit von über 77 % sehr gut im Vergleich zu nur 7,8 %, wenn das Rezidiv nach den ersten drei Monaten aufgetreten war. Deshalb sollte man nicht zu früh an eine erneute Ablation denken. Doch bei einem Spätrezidiv lässt sich die Erfolgsrate durch Pulmonalvenen-Reisolation von 50 auf 80 % steigern.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Kardioversion geht auch mit einem NOAK

Bei der Kardioversion von Vorhofflimmern ist das thromboembolische Risiko mit 0,7 % zwar sehr niedrig. Trotzdem sollte die Kardioversion immer unter einer Antikoagulation erfolgen. Dabei gibt es zwei Strategien: die konventionelle nach einer dreiwöchigen Antikoagulation oder die frühe nach Ausschluss eines Thrombus via transösophagealer Echokardiografie (TEE). „Beides ist gleich wirksam und sicher bei entsprechender Antikoagulation“, so PD Dr. Stephan Schirmer, Homburg/Saar. Dauert das Vorhofflimmern nicht länger als 48 Stunden, kann die elektrische oder medikamentöse Kardioversion sofort erfolgen, wobei gleichzeitig eine Antikoagulation eingeleitet wird.

„Das thromboembolische Risiko steigt mit der Dauer des Vorhofflimmerns, am sichersten ist die Kardioversion innerhalb von 12 Stunden, wobei man aber vielen Patienten die Chance einer spontanen Kardioversion nimmt“, so Schirmer. Patienten, die bereits über drei Wochen aus welchem Grund auch immer effektiv antikoaguliert sind, können ebenfalls sofort kardiovertiert werden. Ansonsten empfiehlt sich zuvor eine dreiwöchige effektive Antikoagulation. Nach erfolgreicher Kardioversion muss die Antikoagulation immer über mindestens drei Wochen fortgeführt werden, da es einige Wochen dauert, bis sich der Vorhof mechanisch erholt hat. Doch grundsätzlich sollte sich die Indikation für eine dauerhafte orale Antikoagulation am CHA₂DS₂-VASC-Score orientieren, ab 2 Punkten ist eine dauerhafte Antikoagulation unabhängig vom Erfolg der Kardioversion indiziert.

Die Frage, ob eine Kardioversion auch mit einem neuen oralen Antikoagulans wirksam und sicher ist, kann nach Subgruppenanalysen der Zulassungsstudien und Daten aus prospektiven Studien (XVERT für Rivaroxaban, ENSURE-AF für Edoxaban, EMANATE für Apixaban) eindeutig bejaht werden. „Diese Substanzgruppe ist genauso effektiv bei der Verhinderung eines thromboembolischen Ereignisses und im Hinblick auf Blutungsereignisse sogar etwas sicherer“, so Schirmer. Problematisch ist die Situation, wenn trotz Antikoagulation ein Thrombus nachweisbar ist. Dann muss man zunächst die Adhärenz und die Dosis des Medikaments überprüfen. Meist wird das Antikoagulanz gewechselt. „Ob dies sinnvoll ist, dafür gibt es keine Daten“, so Schirmer. *sti*

Quelle: BNK-Jahresabschlussstagung, 02.12.2017 in Hannover.