

Management bei Vorhofflimmern

Was die NICE-Leitlinien empfehlen

Das britische National Institute for Health and Excellence (NICE) hatte 2006 eine erste Guideline zum Vorgehen bei Vorhofflimmern herausgegeben. Diese ist kürzlich überarbeitet und der neuesten Evidenzlage angepasst worden.

British Medical Journal

Seit 2006 fanden Neuerungen bei der Risikostratifizierung, der Hirnschlagprävention und beim Rhythmusmanagement statt. Die Entwicklungsgruppe (Guideline Development Group, GDG) hat dem nun Rechnung getragen. Die NICE-Empfehlungen basieren auf systematischen Reviews der besten verfügbaren Evidenz und entstehen unter expliziter Berücksichtigung der Kosteneffektivität.

Diagnose und Evaluation

An den Empfehlungen, wie bei Verdacht auf Vorhofflimmern vorzugehen ist, hat sich nichts geändert. Ein unregelmässiger Puls bei Patienten mit Kurzatmigkeit, Palpitationen, Synkope oder Benommenheit, Beschwerden in der Brust, Stroke oder transient ischämischer Attacke muss immer an Vorhofflimmern denken lassen. Unabhängig von Symptomen ist bei

Verdacht auf Vorhofflimmern immer die Indikation für ein EKG gegeben. Bei paroxysmalem Vorhofflimmern ohne Dokumentation im Standard-EKG ist ein ambulantes 24-Stunden-EKG oder eine längerfristige EKG-Aufzeichnung zu veranlassen.

Neu wird empfohlen, für jeden Patienten ein personalisiertes Betreuungspaket (package of care) zu schnüren (*Kasten 1*) (basiert auf Evidenz mässiger bis sehr schlechter Qualität aus randomisierten, kontrollierten Studien [RTC] sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

Kasten 1:

Das «care package» für Menschen mit Vorhofflimmern

- ❖ Bewusstsein (awareness) für Stroke und Massnahmen zur Stroke-Prävention schaffen
- ❖ Frequenzkontrolle
- ❖ Symptome im Hinblick auf eine Rhythmuskontrolle erfassen
- ❖ Anlaufstelle für Beratung bei Problemen bezeichnen
- ❖ bei Bedarf psychologische Unterstützung anbieten
- ❖ aktualisierte und umfassende Patientenschulung und Information zu:
 - Ursache, Auswirkungen und möglichen Komplikationen von Vorhofflimmern
 - Management von Frequenz- und Rhythmuskontrolle
 - Antikoagulation
 - praktischen Ratschlägen zur Antikoagulation
 - Vermittlung von Hilfsnetzwerken für Patienten

MERKSÄTZE

- ❖ An den Empfehlungen, wie bei Verdacht auf Vorhofflimmern vorzugehen ist, hat sich nichts geändert.
- ❖ Neu wird empfohlen, für jeden Patienten ein personalisiertes Betreuungspaket (package of care) zu schnüren.
- ❖ In der Diskussion zu Nutzen und Risiken der Antikoagulation ist festzuhalten, dass der Nutzen der Antikoagulation für die meisten Patienten das Risiko überwiegt.
- ❖ Für die Antikoagulation kommen gemäss den NICE-Einschätzungen für die verschiedenen Wirkstoffe entweder die traditionellen Vitamin-K-Antagonisten oder die neuen oralen Antikoagulanzen (NOAC) in Betracht.
- ❖ Zurzeit gibt es keine Evidenz, die zeigt, dass das Rhythmusmanagement der Frequenzkontrolle hinsichtlich Stroke-Prävention und Mortalitätsreduktion überlegen ist; Hauptziel der Behandlung ist daher die Symptomkontrolle.

Eine neue Empfehlung lautet, Patienten in jedem Behandlungsstadium zum Spezialisten zu überweisen, wenn eine Kontrolle der Symptome des Vorhofflimmerns nicht gelingt (basiert auf Evidenz niedriger bis hoher Qualität aus RTC, ökonomischer Evidenz mit potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und nur teilweiser Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

Die Risiken für Stroke sollen bei symptomatischem und asymptomatischem, paroxysmalem, persistierendem oder permanentem Vorhofflimmern, Vorhofflattern oder anhaltendem Rezidivrisiko nach erfolgreicher Kardioversion mit dem CHA₂DS₂-VASc-Score abgeschätzt werden (basiert auf Evidenz geringer bis hoher Qualität aus Beobachtungsstudien,

Kasten 2:

Neue Empfehlungen zur antithrombotischen Therapie

Empfehlung

Personen unter 65 Jahren mit Vorhofflimmern und keinen Risikofaktoren ausser dem Geschlecht (d.h. CHA₂DS₂-VASC-Score 0 für Männer oder 1 für Frauen) sollen keine Behandlung zur Stroke-Prävention erhalten.

Eine Antikoagulation soll für Männer mit CHA₂DS₂-VASC-Score von 1 in Betracht gezogen werden. Dabei ist das Blutungsrisiko zu berücksichtigen.

Patienten mit einem CHA₂DS₂-VASC-Score von 2 oder mehr ist eine Antikoagulation anzubieten, wobei das Blutungsrisiko zu berücksichtigen ist.

Die verschiedenen Optionen zur Antikoagulation sind mit den Patientinnen und Patienten zu diskutieren. Die Wahl soll auf den klinischen Parametern sowie der Patientenpräferenz basieren.

Eine Aspirinmonotherapie soll bei Vorhofflimmern zur Stroke-Prävention nicht angeboten werden.

Bei Patienten, die einen Vitamin-K-Antagonisten erhalten, ist regelmässig zu überprüfen, ob die Gerinnungshemmung adäquat ist (INR sowie individuelle Berechnung der Zeit im therapeutischen Bereich, «time in therapeutic range» [TTR]). Bei schlechter Einstellung ist nach möglichen Ursachen (Kognition, Adhärenz, interkurrente Erkrankung, Medikamenteninteraktionen, Lifestylefaktoren wie Ernährung und Alkoholkonsum) zu fragen.

Wenn eine schlechte Einstellung unter einem Vitamin-K-Antagonisten nicht korrigiert werden kann, sind Risiken und Nutzen von Alternativen zur Stroke-Prävention zu evaluieren.

Evidenzbasis

Basiert auf Evidenz sehr schlechter bis hoher Qualität aus randomisierten, kontrollierten Studien (RTC), ökonomischer Evidenz mit geringen bis potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und direkter oder partieller Anwendbarkeit, einer originalen ökonomischen Analyse mit potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und direkter Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der Guideline Development Group (GDG).

Basiert auf Evidenz sehr schlechter bis hoher Qualität aus RTC, ökonomischer Evidenz mit geringen bis potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und direkter oder partieller Anwendbarkeit, einer originalen ökonomischen Analyse mit potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und direkter Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der GDG.

Basiert auf Evidenz sehr schlechter bis hoher Qualität aus RTC, ökonomischer Evidenz mit geringen bis potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und direkter oder partieller Anwendbarkeit, einer originalen ökonomischen Analyse mit potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und direkter Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der GDG.

Basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG.

Basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG.

Basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG.

Basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG.

Die GDG war sich einig, dass in dieser Situation ein neues orales Antikoagulans (NOAC) eine logische Alternative ist.

einer einzigen ökonomischen Analyse mit potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und nur teilweiser Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

Bei Antikoagulation ist das Risiko für Blutungen mit dem HAS-BLED-Score abzuschätzen und muss modifizierbare Risikofaktoren wie unkontrollierte Hypertonie, Komedikationen (v.a. Aspirin®, nichtsteroidale Antirheumatika) und schädlichen Alkoholkonsum berücksichtigen (basiert auf Evidenz geringer bis hoher Qualität aus Beobachtungsstudien sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

In der Diskussion zu Nutzen und Risiken der Antikoagulation ist festzuhalten, dass der Nutzen der Antikoagulation für die meisten Patienten das Risiko überwiegt. Hingegen ist bei Personen mit erhöhtem Blutungsrisiko dieser Vorteil nicht

immer gegeben, was eine sorgfältige Überwachung des Blutungsrisikos erforderlich macht (basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG).

Neu hält die Leitlinie fest, dass eine Antikoagulation nicht wegen eines Sturzrisikos allein vorenthalten werden soll (basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG).

Medikamentöse Therapien zur Stroke-Prävention

Die Guideline-Revision hebt hervor, dass zuerst jene Individuen mit sehr geringem Risiko herausgefiltert werden müssen, die kein Antikoagulans erhalten sollen, und dass in einem zweiten Schritt den Verbliebenen unter Berücksichtigung des Blutungsrisikos eine Antikoagulation angeboten werden soll. Für die Antikoagulation kommen gemäss den

NICE-Einschätzungen für die verschiedenen Wirkstoffe entweder die traditionellen Vitamin-K-Antagonisten oder die neuen oralen Antikoagulantien (NOAC) wie Apixaban (Eliquis®), Dabigatran (Pradaxa®) sowie Rivaroxaban (Xarelto®) in Betracht. Wenn eine Antikoagulation gemäss CHA₂DS₂-VASc-Score indiziert ist, müssen mit den Patientinnen und Patienten die medikamentösen Optionen diskutiert werden. Die Entscheidung für einen der verfügbaren Wirkstoffe soll sich auf die individuellen klinischen Charakteristika und die Patientenpräferenz stützen (*Kasten 2*). NOAC kommen nur bei nicht valvulärem Vorhofflimmern in Betracht.

Die Abschätzung des Stroke-Risikos muss bei Patienten mit Vorhofflimmern mindestens einmal jährlich wiederholt werden. Bei Individuen, die keine Antikoagulation erhalten, muss das Stroke-Risiko erneut beurteilt werden, wenn sie 65 Jahre alt werden oder wenn neu Diabetes, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, periphere arterielle Erkrankung oder Stroke, transiente ischämische Attacke oder systemische Thromboembolie hinzutreten (basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG).

Bei Patienten, die ein Antikoagulans einnehmen, sind die Notwendigkeit und die Qualität der Antikoagulation mindestens einmal pro Jahr zu überprüfen, jedoch häufiger, wenn klinisch relevante Ereignisse mit Einfluss auf Antikoagulation und Blutungsrisiko auftreten (basiert auf Erfahrung und Meinung der GDG).

Neu erwähnen die Guidelines die Empfehlung, dass für Patienten, bei denen eine Antikoagulation kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird, der Verschluss des linken Vorhofohrs zu erwägen ist (basiert auf Evidenz sehr geringer bis mässiger Qualität aus RTC, ökonomischer Evidenz mit geringen Einschränkungen und partieller Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

Frequenz- oder Rhythmuskontrolle

Zurzeit gibt es keine Evidenz, die zeigt, dass das Rhythmusmanagement der Frequenzkontrolle hinsichtlich Stroke-Prävention und Mortalitätsreduktion überlegen ist. Hauptziel der Behandlung ist daher die Symptomkontrolle.

Als First-Line-Strategie soll Patienten mit Vorhofflimmern eine Frequenzkontrolle angeboten werden. Ausnahmen sind Patienten, bei denen Massnahmen zur Rhythmuskontrolle aufgrund der klinischen Einschätzung adäquater sind, beispielsweise bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern oder bei Vorliegen reversibler Ursachen (basiert auf Evidenz sehr geringer bis mässiger Qualität aus RTC, ökonomischer Evidenz mit geringen bis potenziell schwerwiegenden Einschränkungen und partieller Anwendbarkeit sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

Zur Frequenzkontrolle empfehlen die Guidelines generell Betablocker oder Kalziumantagonisten als initiale Monotherapie, ohne einzelne Wirkstoffe hervorzuheben. Digoxin hat in den Empfehlungen nur einen kleinen Platz bei Patienten, die einen vorwiegend sitzenden Lebensstil haben, oder in ausgesuchten Fällen im Rahmen einer Kombinationstherapie.

Zur Rhythmuskontrolle kommen pharmakologische oder elektrische Interventionen dann infrage, wenn die Frequenzkontrolle nicht gelungen ist oder weiter Symptome bestehen (basiert auf Evidenz sehr geringer bis hoher Qualität aus RTC sowie Erfahrung und Meinung der GDG).

Wenn die medikamentöse Therapie gescheitert ist, stellt die Vorhofablation eine effektive Behandlungsoption dar. Der Eingriff hat bessere Erfolgsaussichten, wenn er früher anstatt später erfolgt und wenn ein paroxysmales (gegenüber einem persistierenden) Vorhofflimmern vorliegt. ❖

Halid Bas

Jones C et al.: The management of atrial fibrillation: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014; 348: g3655.

Interessenlage: Die Erarbeitung der Leitlinie wurde vom National Institute for Health and Excellence (NICE) in Auftrag gegeben und finanziert. Ein Mitglied der Entwicklungsgruppe deklarierte Bindungen zu Pharmafirmen und trat bei der Diskussion der Empfehlungen zur antithrombotischen Therapie in den Ausstand.