

Diagnostik und Management bei VHF

Update der NICE-Guideline zum Vorhofflimmern

Kürzlich hat das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) seine Leitlinien zur Diagnostik und zum Management von Vorhofflimmern an die neuesten Forschungsergebnisse angepasst. In einer Übersicht erläutern die Autoren der Guideline die Gründe für diese Änderungen und zeigen die mit ihrer Umsetzung verbundenen Herausforderungen auf.

British Medical Journal

Die aktualisierten Empfehlungen* des NICE umfassen die Bereiche Blutungsrisikoprognose, Antikoagulation und Ablation.

Blutungsrisiko

Auch in der überarbeiteten Guideline stellt der CHA₂DS₂-VASc-Score das empfohlene Hilfsmittel dar, um bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) den Bedarf einer Antikoagulation zu prognostizieren, da er im Vergleich zu anderen Tools am ehesten erlaubt, zwischen Patienten mit einem Risiko für Schlaganfall und solchen ohne entsprechendes Risiko zu unterscheiden. Die Auswahl des Tools zur Abschätzung des

* Die Empfehlungen des NICE basieren auf systematischen Reviews der verfügbaren Evidenz und beziehen ausdrücklich auch Aspekte der Kosteneffektivität ein. Bei begrenzter Datenlage entscheidet das Leitlinienkomitee gemäss seinen Erfahrungswerten sowie dem, was sich seiner Auffassung nach als bewährte Verfahrensweise etabliert hat.

MERKSÄTZE

- ▶ Die Beurteilung des Blutungsrisikos sollte nicht auf einen Schwellenwert für die Einleitung einer Antikoagulationstherapie, sondern auf möglichst genaue absolute Risikoscores abzielen, auf deren Grundlage der Arzt mit dem Patienten geeignete Massnahmen zum Risikofaktorenmanagement abstimmen kann und die die Wachsamkeit während der Antikoagulation fördern.
- ▶ Der ORBIT-Score liefert derzeit die genauesten Werte hinsichtlich des absoluten Blutungsrisikos.
- ▶ Bei den meisten Patienten sollte der Einsatz von direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) gegenüber Vitamin-K-Antagonisten den Vorzug erhalten. Die Auswahl des DOAK erfolgt nach Patientenpräferenz und klinischer Indikation.
- ▶ Die Punkt-für-Punkt-Radiofrequenzablation ist die kosteneffektivste Behandlungsoption bei ungenügender Wirksamkeit der medikamentösen Therapie. Bei manchen Patienten kann auch die Laser- oder die Kryoballonablation geeignet sein.
- ▶ Eine Fortsetzung der Antikoagulation nach Ablation ist vom Schlaganfall- bzw. Blutungsrisiko abhängig zu machen, das über geeignete Tools abgeschätzt wird.

Blutungsrisikos stützt sich dagegen weniger auf dessen Fähigkeit, zwischen einzelnen Risiken zu diskriminieren, sondern eher darauf, ob es mit ihm möglich ist, das absolute individuelle Risiko möglichst akkurat zu bestimmen. Für diesen Zweck empfiehlt das Leitlinienkomitee (LK) den ORBIT Bleeding Risk Score, der sich zur Vorhersage des absoluten Risikos für Major-Blutungen sowohl bei Patienten unter Vitamin-K-Antagonisten (VKA) als auch bei solchen unter direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) gegenüber den ebenfalls häufig angewendeten Instrumenten HAS-BLED und ATRIA als überlegen erwiesen hat. Die Kenntnis des absoluten Blutungsrisikos befördert das Shared Decision Making (SDM), also die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient, und hat praktische Vorteile, indem bei niedrigem Risiko die Therapieakzeptanz der Patienten erhöht und bei hohem Risiko eine Erörterung geeigneter Massnahmen zur Risikoreduktion veranlasst werden kann. Auch bei niedrigem Blutungsrisiko sollte Patienten unter Schlaganfallrisiko eine Antikoagulationsbehandlung nicht vorenthalten werden.

Empfehlung (neu; sehr geringe bis geringe Datenqualität): Das Blutungsrisiko sollte grundsätzlich beurteilt werden

- ▲ bei geplanter Antikoagulationsbehandlung von VHF-Patienten
- ▲ im Rahmen der Beobachtung von bereits antikoagulierten Patienten (ORBIT Bleeding Risk Score verwenden).

Empfehlung (neu; sehr geringe bis geringe Datenqualität): Den Patienten sollte Monitoring und Unterstützung angeboten werden bei der Beeinflussung der folgenden Risikofaktoren:

- ▲ unkontrollierte Hypertonie
- ▲ schlecht kontrollierte INR (International Normalized Ratio) bei Patienten unter VKA
- ▲ Komedikation (Thrombozytenaggregationshemmer, selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer [SSRI], nicht steroidale Antirheumatika [NSAR])
- ▲ Alkoholmissbrauch
- ▲ reversible Ursachen für Anämie.

Antikoagulation

Zur Schlaganfallprophylaxe empfiehlt das LK DOAK, da diese sich diesbezüglich gegenüber Warfarin als überlegen erwiesen haben. Unter den DOAK, von denen jedes einzelne jeweils bestimmte Vorteile aufweist, gilt Apixaban zwar als

das klinisch wirksamste und unter den in Grossbritannien herrschenden ökonomischen Bedingungen kosteneffektivste Antikoagulans, doch für das LK ist die Evidenz diesbezüglich nicht zuletzt auch mangels Daten zu Kopf-an-Kopf-Vergleichen einzelner DOAK nicht eindeutig, weshalb in den Empfehlungen auf eine Bevorzugung eines bestimmten DOAK gegenüber anderen verzichtet wird. Stattdessen wird geraten, die DOAK-Therapie an die individuellen Erfordernisse und Präferenzen des Patienten anzupassen.

Empfehlung (neu; Erfahrungen und Meinungen des LK): Bei der Auswahl der verfügbaren Therapieoptionen zur Antikoagulation sollte Folgendes beachtet werden:

- ▲ Risiken und Nutzen einzelner Medikamente mit dem Patienten besprechen und dabei die speziellen NICE-Leitlinienempfehlungen zum SDM und zur Beteiligung von Patienten an der Medikamentenauswahl berücksichtigen
- ▲ Kontraindikationen in Betracht ziehen, speziell hinsichtlich Dosierung von DOAK bei Patienten mit Nierenfunktionseinschränkung, Antidots und Monitoring.

Empfehlung (neu; sehr geringe bis moderate Datenqualität): VHF-Patienten mit CHA₂DS₂-VASc-Score ≥ 2 sollte eine Antikoagulationstherapie mit DOAK (Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban) unter Berücksichtigung des Blutungsrisikos angeboten werden.

Empfehlung (neu; sehr geringe bis moderate Datenqualität): Männlichen VHF-Patienten mit CHA₂DS₂-VASc-Score = 1 sollte eine Antikoagulationstherapie mit DOAK (Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban) unter Berücksichtigung des Blutungsrisikos angeboten werden.

Empfehlung (neu; Erfahrungen und Meinungen des LK): Falls DOAK kontraindiziert, nicht verträglich oder bei VHF-Patienten nicht geeignet sind, kann ein VKA angeboten werden.

Ablation

Hinsichtlich der Empfehlungen nicht ablativer Optionen zur VHF-Behandlung gibt es in der überarbeiteten Leitlinie keine wesentlichen Änderungen. Als Erstlinienmedikamente werden weiterhin Präparate zur Frequenzkontrolle empfohlen, auf die bei nicht ausreichender Wirksamkeit Antiarrhythmika folgen. Sind auch Letztere nicht ausreichend effektiv oder werden sie nicht toleriert, kann ein Ablationsverfahren zum Einsatz kommen. Gemäss der aktuellen Datenlage gelten hierbei Katheterablationstechniken (Punkt-für-Punkt-, Multielektroden-Radiofrequenzablation [RFA], Laser- und Kryoballoonablation) als klinisch wirksamste Methoden, die sämtlich die Häufigkeit des Wiederauftretens von VHF im Vergleich zu Medikamenten bei vergleichbaren Raten schwerer Nebenwirkungen deutlich reduzieren. Mittels Thorakoskopie und Hybridtechniken kann sogar eine noch grössere Reduktion erzielt werden, allerdings nur um den Preis vermehrter schwerer unerwünschter Wirkungen.

Aufgrund ihrer schnelleren und unkomplizierteren Durchführbarkeit (keine allgemeine Anästhesie erforderlich) ist Kryoballoon und Laser bei manchen Patienten der Vorzug zu geben, insbesondere falls diese für die Punkt-für-Punkt-RFA nicht geeignet erscheinen. Die Multielektroden-RFA wird dagegen aufgrund vergleichsweise geringer Wirksamkeit in Verbindung mit einem höheren einhergehenden Schlaganfallrisiko nicht als Alternative empfohlen.

Zur Effektivität der Ablationsverfahren bei persistierendem VHF ist die Datenlage zwar sehr limitiert, nach Ansicht des LK aber dennoch ausreichend, um auch in diesen Fällen den Einsatz der Punkt-für-Punkt-RFA (bzw. der Laser- oder Kryoballoonablation) zu empfehlen, falls die andauernden Symptome sich mit Antiarrhythmika nicht zufriedenstellend behandeln lassen.

Insgesamt zeigen die verfügbaren Daten, dass sich mittels Ablation zwar die Symptome und die Lebensqualität von VHF-Patienten bessern lassen, jedoch gibt es keine Hinweise für eine damit einhergehende signifikante Reduktion des Auftretens schwerwiegender Ereignisse wie Schlaganfall, Herzversagen oder Tod. Infolgedessen sollte die Entscheidung für einen Abbruch der Antikoagulationstherapie im Anschluss an eine Ablationsbehandlung vom per CHA₂DS₂-VASc- beziehungsweise ORBIT-Score ermittelten individuellen Schlaganfall- respektive Blutungsrisiko abhängig gemacht werden.

Empfehlung (neu; sehr geringe bis geringe Datenqualität): Falls bei Patienten mit symptomatischem paroxysmalen oder persistierenden VHF die medikamentöse Therapie nicht wirksam oder ungeeignet ist oder nicht vertragen wird, kann

- ▲ ein Einsatz der Punkt-für-Punkt-RFA in Erwägung gezogen werden
- ▲ oder bei Nichteignung der Punkt-für-Punkt-RFA die Kryoballoon- oder die Laserablation zum Einsatz kommen.

Empfehlung (neu; sehr geringe bis geringe Datenqualität): Bei geplanter Ablation des linken Vorhofs sollten deren Nutzen und Risiken, insbesondere eine möglicherweise ausbleibende oder nicht andauernde Wirksamkeit, mit dem Patienten besprochen und dessen Präferenzen berücksichtigt werden.

Empfehlung (neu; sehr geringe Datenqualität): Die Entscheidung für den Abbruch der Antikoagulation sollte auf der Grundlage des Schlaganfall- beziehungsweise Blutungsrisikos (CHA₂DS₂-VASc-Score, ORBIT) und nach Erörterung der Patientenpräferenzen gefällt werden.

Implementierung

Die Leitlinienautoren nennen drei Hauptbereiche, in denen die Umsetzung der Empfehlungen mit gewissen Herausforderungen verbunden sein könnte. Erstens stellt die Anwendung des ORBIT-Scores eine Neuerung in der Praxis dar, die eine entsprechende Weiterbildung des Personals in der ärztlichen Grund- und Sekundärversorgung erfordert. Zweitens dürften die Empfehlungen zum Einsatz von DOAK deren Gebrauch, dem Trend folgend, weiter erhöhen, was sich aufgrund der höheren Therapiekosten im Gesundheitssystem ressourcenintensiv auswirken wird. Drittens werden die Empfehlungen zur Ablation wahrscheinlich zu einem veränderten Angebot an Ablationsverfahren mit einem deutlichen Übergewicht der Punkt-für-Punkt-RFA im Vergleich zu anderen Methoden führen. ▲

Ralf Behrens

Quelle: Perry M et al., on behalf of the Guideline Committee: Atrial fibrillation: diagnosis and management – summary of NICE guidance. *BMJ* 2021; 373: n1150.

Interessenlage: Die Autoren der referierten Leitlinienzusammenfassung haben keine Interessenkonflikte deklariert.