

Neue Richtlinien bei Vorhofflimmern

ESC formuliert erstmals europäische Richtlinien

Ausgefeiltere Bewertungsskalen für Risikofaktoren und Neuerungen bei der medikamentösen Therapie prägen die neuen Richtlinien der European Society of Cardiology zum Vorhofflimmern.

Bis anhin erstellten US-amerikanische und europäische Kardiologen gemeinsame Guidelines. Angesichts der Unterschiede hinsichtlich Arzneimittelzulassung und Verfügbarkeit verschiedener Substanzen diesseits und jenseits des grossen Teichs hat die ESC nun erstmals eigene Richtlinien für Diagnose und Therapie bei Vorhofflimmern erstellt. Sichtlich zufrieden präsentierte Professor Alan John Camm, Vorsitzender der ESC Task Force for the Management of Atrial Fibrillation, die wichtigsten Neuerungen am ESC-Kongress in Stockholm. Sicher habe man es nicht jedem recht machen können, aber allein schon die Tatsache, dass er mehr als 2000 E-Mails in dieser Angelegenheit verfasst und über 3000 erhalten habe, spreche sicher für einen breiten Konsens unter Europas Kardiologen, sagte Camm mit einem Augenzwinkern.

Die Richtlinien würden auch der Tatsache gerecht, dass Vorhofflimmern meist vom Hausarzt diagnostiziert wird und die Patienten in der Regel von diesem und nicht von einem Spezialisten regelmässig betreut werden. In diesem Sinn enthielten die Richtlinien auch eine Reihe vermeintlicher Selbstverständlichkeiten, die in der Praxis jedoch oft vergessen würden, so Camm. Beispielsweise müsse die Diagnose Vorhofflimmern mittels EKG dokumentiert und bei Patienten unter Antiarrhythmikatherapie regelmässig ein 12-Kanal-EKG durchgeführt werden.

Schlaganfall- und Blutungsrisiko

«Früher fragten wir uns, welcher Patient eine Antikoagulation benötigt, heute ist die Frage, wer keine braucht», sagte Camm. In diesem Zusammenhang erinnerte er daran, dass Patienten mit Vorhofflimmern unter Umständen auch keine Antikoagulanzen (mehr) einnehmen müssten, zum Beispiel bei niedrigem individuellem thromboembolischem Risiko.

Eine der wichtigsten Änderungen in den neuen Richtlinien betrifft die Abschätzung des Schlaganfall- und Blutungsrisikos bei Patienten mit Vorhofflimmern. Für eine bessere Beurteilung des Schlaganfallrisikos wurde der bekannte CHADS₂-Score um drei neue Risikofaktoren erweitert, und das Alter von 75 Jahren oder mehr zählt nunmehr doppelt

Tabelle 1:

Risikofaktoren gemäss CHAD₂S₂-VASc

Risikofaktor	Punkt-wert
C kongestive Herzinsuffizienz/LV Dysfunktion	1
H Hypertonie	1
A ₂ Alter ≥75 Jahre	2
D Diabetes mellitus	1
S ₂ Schlaganfall/TIA/Thromboembolie	2
V vaskuläre Erkrankung	1
A Alter 65-74	1
Sc Geschlecht weiblich	1

Die Änderungen gegenüber früheren Richtlinien sind rot hervorgehoben (LV: linksventrikulär; TIA: transitorische ischämische Attacke; Sc: sexual category). Quelle: Vortrag von A.J. Camm am ESC in Stockholm.

Tabelle 2:

Schlaganfallrisiko und CHAD₂S₂-VASc

CHAD ₂ S ₂ -VASc	jährliche Schlaganfallrate
0	0%
1	1,3%
2	2,2%
3	3,2%
4	4%
5	6,7%
6	9,8%
7	9,6%
8	6,7%
9	15,2%

Quelle: Guidelines for the management of atrial fibrillation; Eur Heart J 2010; doi:10.1093/eurheartj/ehq278.

(CHA₂DS₂-VASc-Score, s. Tabelle 1). Die maximale Punktezahln beträgt nun 9. Die Task-Force-Autoren errechneten für diese Punktezahln eine durchschnittliche jährliche Schlaganfallrate von rund 15 Prozent, während es bei 1 Punkt nur 1,3 Prozent sind (s. Tabelle 2). Bei 0 Punkten erfolgt keine antithrombotische Therapie, bei 1 Punkt (mittleres Risiko) werden orale Antikoagulanzen oder mit gewissen Einschränkungen Acetylsalicylsäure empfohlen. Bei hohem Risiko (2 oder mehr Punkte) sind orale Antikoagulanzen indiziert.

Tabelle 3:

Blutungsrisiko nach HAS-BLED

Risikofaktoren	Punkte
H Hypertonie	1
A abnorme Nieren- oder Leberfunktion	1 oder 2
S Schlaganfall	1
B Blutung	1
L labile INR-Werte	1
E ältere Person (> 65 Jahre)	1
D Drogen oder Alkohol	1 oder 2

Quelle: Guidelines for the management of atrial fibrillation; Eur Heart J 2010; doi:10.1093/eurheartj/ehq278.

Für das Abschätzen des Blutungsrisikos empfiehlt die ESC Task Force die Skala HAS-BLED (s. Tabelle 3). Hier ist bei 3 oder mehr Punkten von einem hohen Blutungsrisiko auszugehen, sodass der Patient engmaschig überwacht werden sollte.

**Rhythmuskontrolle:
Verträglichkeit vor Wirksamkeit**

Bei der Wahl des geeigneten Antiarrhythmikums für einen Patienten mit Vorhofflimmern soll nach Ansicht der ESC Task Force die Verträglichkeit ausschlaggebend sein, selbst wenn dadurch Einbussen bei der Wirksamkeit in Kauf genommen werden müssten.

Neben den Antiarrhythmika Flecainid (Tambocor®), Propafenon (Rytmonorm®) und Sotalol (Sotalex® und Generika) wird nun auch Dronedaron (Multaq®) in den Richtlinien als Behandlungsoption bei Vorhofflimmern aufgeführt. Für Patienten mit instabiler NYHA-Klasse II und diejenigen mit NYHA-Klasse III oder IV ist nach wie vor gleich Amiodaron (Cordarone® und Generika) indiziert (Abbildung).

Katheterablation bei paroxysmalem Vorhofflimmern

Als weitere wichtige Neuerung gilt die Empfehlung, bei symptomatischen Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern eine Katheterablation in Erwägung zu ziehen, falls die Behandlung mit Antiarrhythmika keinen Erfolg hatte. Die ESC Task Force würdigte damit mehrere prospektive Studien, in welchen die Katheterablation den Antiarrhythmika überlegen war; es ist jedoch nicht erwiesen, dass eine erfolgreiche Katheterablation auch zu einer geringeren Sterberate führt.

Renate Bonifer

Alan John Camm: Atrial fibrillation. Session: The new ESC Guidelines. ESC Stockholm, 29. August 2010.

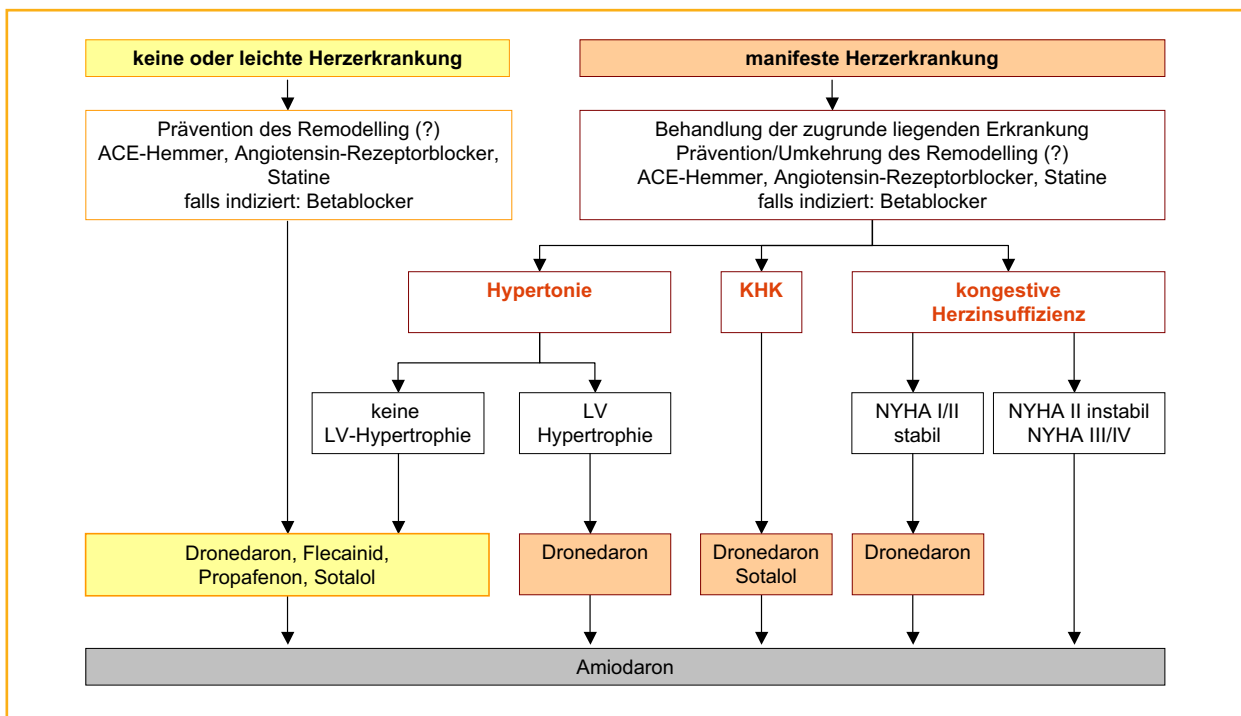


Abbildung: Antiarrhythmische Medikation bei Vorhofflimmern (nach: Guidelines for the management of atrial fibrillation; Eur Heart J 2010; doi:10.1093/eurheartj/ehq278.)