

Älteren Patienten mit Vorhofflimmern: Diese Guidelines helfen bei der Risikostratifizierung

Prof. Dr. med. Dan Atar, Department of Cardiology, Oslo University Hospital, präsentierte in seinem Vortrag die Essenz von drei Guidelines zur Risikostratifizierung und Therapie des Vorhofflimmerns, insbesondere bei den älteren Patienten:

ESC-Guidelines (2010/2012) (1, 2):

Ältere Patienten (≥ 75 Jahre) brauchen eine Behandlung mit oralen Antikoagulanzen aufgrund des CHA₂DS₂-VASc-Scores. Sowohl das Schlaganfallrisiko als auch das Blutungsrisiko sind bei diesen Patienten deutlich erhöht.



EHRA-Practice-Guide (2013) (3):

Ältere Patienten sind zuweilen gebrechlich, leiden an Funktionsstörungen verschiedener Organe und brauchen häufig zahlreiche Medikamente. Das berücksichtigt der EHRA-



Practice-Guide: Er liefert Empfehlungen zur Dosierung der neuen oralen Antikoagulanzen (z.B. bei Niereninsuffizienz) sowie Informationen zu Interaktionen mit anderen Medikamenten.

EHRA/EAPCI-Konsensus-Dokument (2014) (4):

Dieses Dokument gibt Therapieempfehlungen für Patienten mit VHF, die zusätzlich an Durchblutungsstörungen des Herzens leiden. Die äusserst komplizierten Empfehlungen zu Zweifach- oder gar Dreifachtherapie mit oralen Antikoagulanzen brachte Atar wie folgt auf den Punkt: Zwei- und Dreifachtherapie so kurz wie möglich, abgestimmt auf das individuelle Risiko des Patienten.



ANL

Referenzen:

1. Camm AJ et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society

of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2010; 31: 2369–2429.

2. Camm AJ et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012; 33: 2719–2747.

3. Heidebuchel H et al. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary. Eur Heart J. 2013; 34: 2094–2106.

4. Lip GY et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS). Eur Heart J. 2014; 35: 3155–3179.

Aortenstenose und Vorhofflimmern: Beides in einem angehen?

Patienten mit schwerer Aortenstenose und Vorhofflimmern (VHF), die sich einem Klappenersatz via Katheter (Transcatheter Aortic Valve Implantation; TAVI) unterziehen, haben ein hohes Risiko für Schlaganfall und grössere Blutungen. Ein Verschluss des linken Vorhofes würde eine weitere Antikoagulation erübrigen – und lässt eine Kombination dieser beiden Eingriffe interessant erscheinen. Das dem tatsächlich so ist, bestätigte eine Arbeitsgruppe um Adrian Attinger-Toller.

41 konsekutive Patienten, die gleichzeitig eine TAVI und einen Verschluss des linken Vorhofes erhielten, wurden mit 51 Patienten verglichen, die lediglich eine neue Klappe bekamen.

Als primärer Endpunkt wurde die Sicherheit nach 30 Tagen bewertet; dieser setzte sich unter anderem zusammen aus Gesamtmortalität, Schlaganfall, lebensbedrohlicher Blutung, grösseren Gefässkomplikationen, einer Perikardtamponade oder Klappenversagen. Der zusammengesetzte Wirksamkeitsendpunkt am Tag 30 nach dem letzten Follow-up berücksichtigte sowohl die späte Gesamtmortalität, Schlaganfälle jeglicher Ursache, die NYHA-Klasse und späte lebensbedrohliche und schwere Blutungsereignisse als auch die Wirksamkeit des Vorhofverschlusses am Tag 1 nach dem letzten Follow-up. Das mediane Follow-up betrug 82 Tage (0 bis 1133 Tage). Weder hinsichtlich des primären noch des sekundären Endpunktes

zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, unabhängig von Alter, CHA₂DS₂-Vasc-, Hasbled- und STS-Score. Die Autoren kommen zu dem Schluss, das eine Kombination beider Eingriffe machbar und sicher sei. Sie habe das Potenzial, Schlaganfälle und Blutungskomplikationen in dieser Hochrisikogruppe zu reduzieren, um eine Überlegenheit zu zeigen, bedürfe es jedoch noch einer längeren Nachbeobachtung. **Mü**

Quelle: Attinger-Toller A et al. «One-stop-Shop: safety of combining transcatheter aortic valve replacement and left atrial appendage occlusion», Posterpräsentation am Cardiology Update 2015, 9. bis 12. Februar 2015 in Davos.