

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Editorial-Serie: Die neuen Guidelines der ESC Diagnose und Management von Vorhofflimmern

Kazem N, Niessner A

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2021; 28

(7-8), 217-219

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Die neuen Guidelines der ESC

Diagnose und Management von Vorhofflimmern

N. Kazem, A. Niessner

Klinische Abteilung für Kardiologie, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Medizinische Universität Wien

Die derzeitige Prävalenz von Vorhofflimmern (VHF) in Europa beträgt 2–4 %, in den nächsten Jahren wird ein 2,3-facher Anstieg erwartet. Jeder dritte Mensch europäischer Abstammung über 55 Jahre hat das Risiko, an VHF zu erkranken. Damit wurde kürzlich die noch vor einigen Jahren erwartete Zahl nach oben revidiert. Mit den Ende August 2020 veröffentlichten neuen Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) sind nun einige Änderungen in der Diagnostik und Therapie des VHF erschienen. Auf die wichtigsten wollen wir im Folgenden kurz eingehen.

Der Ansatz der ganzheitlichen Behandlung, die über die Arzt-Patient-Beziehung hinaus geht und Patienten noch mehr in Entscheidungen einbezieht, hat auch einen Stellenwert in den neuen Richtlinien bekommen. Das neu etablierte Schema „CC To ABC“: Vorhofflimmern bestätigen (confirm), charakterisieren (characterize) und Therapie (to) anhand der A- (Antikoagulation), B- (Bessere Symptomkontrolle), C- (Komorbiditäten) Schritte. Der ABC-Leitfaden führte in Studien unter anderem zu einer niedrigeren Mortalität, Kostensenkung im Gesundheitssystem und Senkung der kombinierten Endpunkte Schlaganfall/große Blutung/kardiovaskulären Tod und Hospitalisierung.

■ CC – Confirm AF

Im bisher größten Umfang haben Technologien wie Wearables (Smartwatches) und mHealth-Apps Einzug in die VHF-Guidelines genommen. ≥ 400 Wearables und > 100.000 mHealth-Apps sind derzeit auf dem Markt erhältlich – viele davon auch im Bereich von Vorhofflimmern. Spätestens seit der Vorstellung der Apple-Heart-Studie ist die Erkennung von Herzrhythmusstörung auch Laien ein Begriff. Aufgrund der Einkanal-Ableitungen der Devices wurden die Guidelines soweit geändert, dass zukünftig – zusätzlich mittels 12-Kanal-EKG als Goldstandard – auch eine einzige Ableitung mit ≥ 30s VHF für die Diagnosesicherung herangezogen werden kann (Empfehlung I-B).

■ CC – Characterize AF (4S-AF scheme)

Ein ganzheitlich untereinander interagierender Ansatz, der zur optimalen Betreuung der Patienten führt, ist das Ziel im Rahmen des CC- to ABC-Schemas. Bevor mit der Therapie begonnen werden kann, sollte das VHF individuell charakterisiert und spezielle Risikofaktoren identifiziert werden. Dies geschieht durch das 4-S-VHF-Schema: Schlaganfallrisiko (stroke risk), Symptomausmaß (symptom severity), Ausmaß der VHF-Belastung (severity of AF burden), Ausmaß des Substrats (substrate severity).

Zur Einschätzung des Schlaganfallrisikos wird weiterhin der klinische CHA₂DS₂-VASc-Score als Goldstandard empfohlen (Empfehlung I-A). Aufgrund der derzeit mangelnden Evidenz geben die Richtlinien nur einen Ausblick auf die zukünftige Etablierung von biomarkerbasierten Scores, die zukünftig eine personalisierte und präzisere Einschätzungsfindung – vor allem bei Patienten mit niedrigem Schlaganfallrisiko – bringen könnten. Als prominentes Beispiel wäre der ABC-Stroke-Risk-Score zu nennen, welcher derzeit in randomisierten Studien überprüft wird.

Die 2020 veröffentlichte CABANA-Studie hat das Symptomausmaß und die Lebensqualität bei Patienten mit VHF in den Fokus gerückt. Als nicht unwesentlichen Faktor in der Entscheidungsfindung sollte im 2. Punkt des 4S-VHF-Schemas das Symptomausmaß (z. B.: anhand des EHRA-Symptom-Scores) bestimmt werden. Der 3. Punkt beschäftigt sich mit der Art des VHF (z. B.: Anzahl, Dauer, Muster) und im letzten Punkt sollten anhand von Bildgebung (Vorhofvergrößerung, Fibrose) und klinischer Einschätzung (Alter) Progressionswahrscheinlichkeit und Risikofaktoren eingeschätzt werden.

■ ABC – Anticoagulation/Avoid stroke

Das Schlaganfallrisiko steigt auf das bis zu 5-Fache aufgrund von VHF. Diese Erhöhung ist allerdings auch abhängig von Risikofaktoren, die im Rahmen des ABC-Pathways in Punkt A behandelt werden sollen. Viele der heutzutage bekannten Risikofaktoren stammen aus historischen, über 20 Jahre alten Studien an Patienten ohne Antikoagulation. Unter anderem sind in den vergangenen Jahren Marker aus Bildgebung und Blut zur besseren Schlaganfalldiagnostik hinzugekommen. Die Entscheidungsfindung in Abwägung des ischämischen Risikos und Blutungsrisikos ist – vor allem bei Patienten mit niedrigem Schlaganfallrisiko – weiterhin kontrovers. Patienten mit subjektiv hoher Blutungswahrscheinlichkeit (z. B. Sturzrisiko) wurde in den vergangenen Jahren die orale Antikoagulation vermehrt vorenthalten. Die Richtlinien geben nun eine eindeutige Empfehlung, dass häufig das Risiko für thromboembolische Ereignisse gegenüber dem Blutungsrisiko überwiegt. Theoretische Berechnungen ergaben sogar, dass Personen über 295-mal stürzen müssten, damit eine orale Antikoagulation (OAK) aufgrund der einhergehenden höheren Blutungswahrscheinlichkeit, beendet werden sollte.

Entsprechend wurde eine Empfehlung Klasse III (Schaden) in den neuen Richtlinien implementiert: Patienten ohne absolute Kontraindikation für eine OAK darf diese nicht vorenthalten werden. Weiterhin sollte zur besseren Abwägung das individuelle Blutungsrisiko anhand des HAS-BLED-Scores errechnet werden. Patienten mit niedrigem Schlaganfallrisiko

(Männer CHA₂DS₂VASc-Score von 0 und Frauen von 1) sollte trotz VHF-Episoden weiterhin keine Antikoagulation verschrieben werden. Gleich bleibt auch die Empfehlung zur Erwägung einer oralen Antikoagulation ab CHA₂DS₂VASc-Score 1 (Männer) bzw. 2 (Frauen) und die definitive Empfehlung ab ≥ 2 (Männer) bzw. ≥ 3 (Frauen). Nach 4–6 Monaten sollte das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit niedrigem Risiko-Score unbedingt re-evaluiert werden (Empfehlung IIa-B).

Die Antikoagulation mittels eines Nicht-Vitamin-K-Antagonist Oraln Antikoagulans (NOAK) konnte in multiplen randomisierten Studien und Meta-Analysen im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten (VKA) eine Reduktion von ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen, sowie eine Reduktion der Gesamtmortalität zeigen. Trotz der Erhöhung der Anzahl von gastrointestinalen Blutungen konnten NOAKs einen Netto-Benefit gegenüber dem Vorgänger zeigen. Bereits seit den letzten Richtlinien aus dem Jahr 2016 wird die bevorzugte Gabe von NOAKs bei Patienten ohne Kontraindikation (mechanische Herzklappen, moderate/schwere Mitralklappenstenose) empfohlen. Neu in den aktuellen Richtlinien ist allerdings eine Empfehlung zum Wechsel von VKA auf NOAKs bei Patienten mit geringer Zeit im therapeutischen INR-Bereich (z. B. $< 70\%$ TTR; Empfehlung I), die in der Praxis häufig vorliegt. Optional kann vor einem Wechsel noch versucht werden, die TTR zu verbessern (Empfehlung IIa).

Die Adhärenz zur antithrombotischen Therapie ist zur optimalen Prävention von Schlaganfällen bei Patienten mit Vorhofflimmern unabdingbar. Umso wichtiger ist das Einbeziehen der Patienten in die gemeinsame Entscheidungsfindung der antithrombotischen Therapie. Ein Patient, der über das Vorhofflimmern informiert ist, ist auch über das Risiko für Schlaganfälle besorgter, adhärenter und will auch stärker in weitere Therapieentscheidungen eingebunden werden.

■ ABC – Better symptom control (Lebensqualität bei Patienten mit VHF)

Stand in den 2016-Guidelines die optimale Balance der Antikoagulation zur Verhinderung von Schlaganfall- und Blutungsereignissen im Vordergrund, hat sich nun der Fokus auch zur Verbesserung der Lebensqualität hingewendet. Der Punkt B im ABC-Schema wendet sich der Optimierung der Symptomkontrolle zu. Die katheterbasierte oder chirurgische Ablation wird nun zur Verbesserung der Symptomatik bei Patienten mit paroxysmalem oder persistierendem VHF nach erstmaligem Therapieversagen einer Klasse-I- oder -III-Antiarrhythmikums (Empfehlung I) bzw. bei symptomatischem Vorhofflimmern empfohlen. Zur Verlaufskontrolle der Symptomatik und Verbesserung der Behandlungsqualität sollten standardisierte Fragebögen erwogen werden (Empfehlung: IIa). Lebensstilfaktoren sollten modifiziert werden, um einerseits Symptome zu reduzieren und andererseits zu einer Verlangsamung der Progredienz der Erkrankung zu führen. Eine Gewichtsreduktion ist besonders vor einer Ablationstherapie empfohlen (Empfehlung I). Auch hier sollten Patienten stärker in Therapieentscheidungen einbezogen werden. Eine optimale Rhythmuskontroll- und Frequenzkontrollstrategie sollte etabliert werden, um die Symptomatik verbunden mit Vorhofflimmern zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Betablocker werden weiterhin unter anderem zur Herzfrequenzkontrolle bei Patienten mit normaler und reduzierter Linksventrikelfunktion empfohlen (Empfehlung I-B).

■ ABC – Comorbidities/Cardiovascular risk factor management

Kardiovaskuläre Risikofaktoren und ein ungesunder Lebensstil können unter anderem die atriale Remodellierung fördern und damit signifikant zur Erhöhung des Risikos für das Auftreten von Vorhofflimmern beitragen. Der Punkt C im ABC-Behandlungspfad beschäftigt sich mit der Reduktion dieser Risikofaktoren, unter anderem mit dem Ziel, das Risiko für Schlaganfälle, die Symptomstärke und Symptommhäufigkeit zu verringern. Lebensstilfaktoren wie Übergewicht und Alkoholkonsum sollten reduziert werden. Eine Gewichtsreduktion sollte erwogen werden (Empfehlung IIa-B), da diese in mehreren Studien zu einer Reduktion von Episoden, Progression und Symptomen führte. Außerdem sollten Diabetes mellitus und Blutdruck (Empfehlung I-B) optimal eingestellt werden und zusätzlich wird nun auch eine Empfehlung des opportunistischen Screenings auf VHF bei Patienten mit Hypertonie empfohlen (Empfehlung I-B).

■ ACS und CCS bei Patienten mit Vorhofflimmern

Zum Schluss möchten wir kurz auf die antithrombotische Therapie nach akutem Koronarsyndrom (ACS) und chronischem Koronarsyndrom (CCS) eingehen – das am heißesten diskutierte Thema in den vergangenen Jahren. Aufgrund der zuletzt stark gestiegenen Evidenz für ein frühzeitiges Absetzen des zweiten Plättchenhemmers Acetylsalicylsäure (ASS), um Blutungskomplikationen unter einer Dreifach-Therapie (OAK + P2Y₁₂-Inhibitor + ASS) zu verhindern, empfehlen die Richtlinien nun eine Dreifach-Therapie von ≤ 1 Woche nach einer unkomplizierten Intervention, auch nach einem akuten Myokardinfarkt (Empfehlung I). Eine duale Therapie (OAK + P2Y₁₂-Inhibitor) sollte anschließend zwischen 6 Monate bis zu einem Jahr vorgezogen werden. Als P2Y₁₂-Inhibitor sollte der Vertreter Clopidogrel bevorzugt gegeben werden. Die Empfehlung gilt für Patienten, bei denen das Stentthromboserisiko als gering oder das entsprechende Blutungsrisiko als höher eingeschätzt wird. Nach einem Jahr erfolgt wie bereits bekannt die Umstellung auf eine Monotherapie unter OAK. Bei Patienten mit konservativ medikamentös behandeltem ACS sollte anschließend nur eine duale Therapie mit einer OAK und einem P2Y₁₂ etabliert werden.

Ähnlich verhält es sich bei Patienten mit CCS nach Katheterintervention, allerdings ist hier die anschließende duale Therapie mit OAK und P2Y₁₂ bis 6 Monate empfohlen. In seltenen Fällen – bei sehr hohem Stentthrombose-Risiko – kann eine Gabe von bis zu max. 12 Monaten erwogen werden.

Hinsichtlich der OAK sollten NOAKs in einer Kombinationstherapie gegenüber VKA bevorzugt werden (Empfehlung I-A). Erstmals wird – auch wenn nur schwach – eine Empfehlung bezüglich einer Dosisreduktion im Rahmen der Kombinationstherapie ausgesprochen. Bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko (HAS-BLED ≥ 3) sollten Dabigatran und

Rivaroxaban in ihrer reduzierten Dosierung von 110 mg bzw. 15 mg verabreicht werden. Bei Patienten mit VKA sollte ein INR-Zielbereich zwischen 2,0 und 2,5 während einer dualen oder Dreifach-Therapie angestrebt werden, statt den bereits etablierten und weiterhin empfohlenen 2,0–3,0 INR als Zielbereich zur Prävention von thromboembolischen Ereignissen während einer Monotherapie.

Korrespondenzadresse:

Assoc.-Prof. PD Dr. Alexander Niessner, MSc, FESC

Klinische Abteilung für Kardiologie

Universitätsklinik für Innere Medizin II

Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: alexander.niessner@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)