

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Clinical Shortcuts:

**Vorhofflimmer-Guidelines 2020: Was
hat sich für die Praxis geändert?**

Primus C, Auer J

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2021; 28

(7-8), 250-252

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

Veranstaltungskalender

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

Vorhofflimmern-Guidelines 2020: Was hat sich für die Praxis geändert?

C. Primus, J. Auer

Aus der Abteilung für Innere Medizin 1 mit Kardiologie und internistische Intensivmedizin,
St. Josef Krankenhaus Braunau

■ Überblick

- CC: „Confirmation“-Diagnosesicherung & Charakterisierung von VHF im Sinne des
- 4S-AF-Schemas = strukturierte Evaluierung von Schlaganfallrisiko, Symptomatik, „Schwere“ d. VHF-Last & Substrat (funktionell, strukturell, anatomische Basis der Arrhythmie)
- ABC – 3 Säulen der Therapie: Antikoagulation, bessere Symptomkontrolle (Rhythmus-/ Frequenzkontrolle), Comorbidity-Optimierung
- Aufwertung der Katheterablation

Neue & geänderte Empfehlungen

- **Diagnose/Detektion-Confirmation:** 12-Kanal-EKG bzw. 1-Kanal-EKG für ≥ 30 sec dokumentiertes Vorhofflimmern **I**
- **Aufklärung** über Limitationen/Risiko/Benefit und Miteinbeziehung des/der Patienten/-in in Therapie/Lifestylemodifikation/Entscheidung **Ila**→**I**
- **4S-AF-Schema:** strukturierte Evaluierung von Schlaganfallrisiko (CHADSVASc unverändert), Symptomatik, „Schwere“ der VHF-Last (Häufigkeit & Dauer der Episoden) und Substrat (funktionell, strukturell, anatomische Basis der Arrhythmie – Prognoseparameter für den Erhalt des Sinusrhythmus), um Patienten eine optimierte Therapie und gezieltes Management zu ermöglichen – **Charakterisierung** **Ila**

■ „ABC“-Behandlung

Antikoagulation

- spezielle Risikoscores wie HAS-BLED zur Abschätzung des Blutungsrisikos (hoch bei ≥ 3) & Identifikation potenziell modifizierbarer Risikofaktoren für Blutungskomplikationen werden hervorgehoben und sollen frühere und regelmäßige Kontrollen zur Folge haben; sollte aber nicht unweigerlich zur Entscheidung über orale Antikoagulation herangezogen werden **Ila**→**I**
- regelmäßige Reevaluierung des Insult- & Blutungsrisikos im Intervall **I**
- bei Patienten mit nur geringem Insultrisiko Reevaluierung 4–6 Monate später **Ila**
- Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten und insuffizienter Antikoagulation (< 70 % im therapeut. Bereich) sollten nach Möglichkeit auf NOAKs umgestellt werden, mit ausführlicher Aufklärung über die Notwendigkeit der Therapieadhärenz oder **Ilb**→**I**
- einer Verbesserung zur suffizienten Antikoagulation unterzogen werden (Aufklärung, Therapieadhärenz, häufigere Kontrollen...). **Ilb**→**Ila**

Bessere Symptomkontrolle

Kardioversion

- pharmakologisch nur bei hämodynamisch stabilen Patienten unter Abwägung des thromboembolischen Risikos **I**
- bei Sick-Sinus-Syndrom, AV-Blockierungen oder QT-Verlängerung > 500 ms pharmakologische Kardioversion nur unter Abwägung des Risikos proarrhythm. oder bradykarder Komplikationen **III**
- Notwendigkeit der oralen Antikoagulation bzw. Adhärenz Patienten verständlich machen **I**
- OAK für 4 Wochen nach erfolgter Kardioversion bei VHF > 24 h und niedrigem Insultrisiko **Ila**
- Bei VHF ≤ 24 h und sehr niedrigem Insultrisiko (CHADS-VASc Männer 0, Frauen 1) kann auf eine 4-wöchige OAK verzichtet werden. **Ilb**

Rhythmuskontrolle/Katheterablation

- Unabhängig von der Art der Rhythmuskontrolle sind eine strikte Kontrolle von Risikofaktoren und die Vermeidung von möglichen Triggern vorrangig. **I**
- Pulmonalvenenisolation zur Rhythmuskontrolle bei fehlendem Therapieerfolg mit Klasse-I/III-Antiarrhythmika zur Symptomverbesserung bei paroxysmale/persistierendem VHF **Ia→I**
- Als Firstline-Therapie bei Patienten mit Tachykardie-induzierte Kardiomyopathie **Ia→I**

Als weiterhin gut reflektiert zu betrachten sind folgende Punkte:

- Als Firstline-Therapie kann/sollte eine Katheterablation bei selektierten Patienten mit paroxysmale **Ia** bzw. persistierendem **Ib** VHF als Alternative zu Klasse-I- oder -III-Antiarrhythmika unter Berücksichtigung des Patientenwunsches und der unter Risiko-Nutzen-Abwägung zur Symptomverbesserung diskutiert werden.
- Eine Katheterablation sollte bei selektierten Patienten bei fehlendem Therapieerfolg mit oder bei Unverträglichkeit von Betablockern erwogen werden, sofern symptomatisch und lediglich bei paroxysmale/persistierendem VHF. **Ia**
- Wiederholte Pulmonalvenenisolation sollte primär bei Patienten durchgeführt werden, bei denen dadurch initial eine Verbesserung der Symptomatik erzielt werden konnte. **Ia**
- Als First-Line-Therapie zur Symptom- & Prognoseverbesserung bei ausgewählten Patienten mit HFrEF. **Ia**
- Gewichtsabnahme bei Patienten mit VHF und Adipositas hat nun höheren Stellenwert, v. a. bei Planung einer Katheterablation. **Ia→I**
- Postinterventionell orale Antikoagulation für 2 Monate respektive dauerhaft bei entsprechendem CHADSVASc-Score unabhängig vom Therapieerfolg **Ia→I**
- Komplette elektrische Isolation der Pulmonalvenen = empfohlene Prozedur **Ia→I**
- Andere Ablationstechniken als Pulmonalvenenisolation können in Erwägung gezogen werden, sind jedoch derzeit nicht ausreichend evaluiert. **Ia→Ib**
- Patienten mit niedrigem Insultrisiko & ohne OAK sollten 3 Wochen vor Katheterablation eine solche einnehmen **I** bzw. sollte eine transösophageale Echokardiographie präinterventionell zum Ausschluss eines Vorhofthrombus durchgeführt werden. **Ia**
- Orale Antikoagulation periinterventionell nicht pausieren **I**

Antiarrhythmika

Primär zur Verbesserung der Beschwerden/Symptome & Lebensqualität

- Sotalol: regelmäßige Kontrolle von QT, Kalium, Kreatinin-Clearance & proarrhythmogener Risikofaktoren **I**; kann vorrangig bei Patienten mit guter Linksventrikelfunktion oder ischämischer Herzerkrankung als Langzeittherapie verwendet werden. **Ib**
- Flecainid: bei Dauertherapie sollte eine Begleittherapie mit AV-nodal wirksamem Medikament angedacht werden **Ia**
- Amiodaron ist prinzipiell bei jedem VHF-Patienten zur Rhythmuskontrolle empfohlen, v. a. bei HFrEF – jedoch sollte unter Abwägung seiner Nebenwirkungen nach Möglichkeit ein anderes Antiarrhythmikum verwendet werden. **Ia→I**

Komorbiditäten

Management von Risikofaktoren & Lifestyle-Modifikation

- sind in der Therapie des VHF vorrangig **I**
- können Symptome bzw. Vorhofflimmerlast verbessern **I**
- Konsequente Blutdruckkontrolle zur Prophylaxe von zerebralen Blutungen und Insult stehen im Vordergrund. **Ia→I**
- Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom **Ia** & Hypertonie **I**: gezieltes VHF-Screening!
- mäßige körperliche Betätigung zur Prävention und Reduktion von VHF **I→Ia**
- Therapie v. OSAS → Reduktion v. VHF-Inzidenz, -Last, -Progression, -Symptomatik **Ia→Ib**

■ VHF, PCI & ...

ACS

- frühe Beendigung von ASS (≤ 1 Woche) bei niedrigem Stentthromboserisiko bzw. erhöhtem Blutungsrisiko und Fortsetzung einer dualen Therapie mit OAK & P2Y₁₂-Inhibitor für 12 Monate **I**

CCS

- frühe Beendigung von ASS (≤ 1 Woche) bei niedrigem Stentthromboserisiko bzw. erhöhtem Blutungsrisiko und Fortführung der dualen Therapie mit OAK & P2Y₁₂-Inhibitor bis zu 6 Monate **I**

■ Management aktiver Blutung

Prothrombinkonzentrat sollte bei schweren Blutungskomplikationen in Erwägung gezogen werden **Ila**

Schlaganfallprophylaxe nach intra-/zerebraler Blutung

- Bei Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko sollte der (Wieder-)Beginn einer oralen Antikoagulation (NOAK präferiert) unter Konsultation eines Neurologen/Neurochirurgen und unter Risiko-Nutzen-Abwägung erwogen werden – nach traumatischer wie auch spontaner intrazerebraler Blutung **Ila** **Ila**

■ VHF unter Berücksichtigung von

Schwangerschaft

- Schwangere mit hypertropher Kardiomyopathie & persistierendem VHF sollten kardiovertiert werden. **Ila**
- strukturell herzgesund: Ibutilid oder Flecainid zur Kardioversion möglich **Ila**
- Flecainid, Propafenon oder Sotalol können bei fehlendem Erfolg mit AV-nodal wirksamem Medikament zur anhaltenden Rhythmuskontrolle eingesetzt werden. **Ila**
- Digitalis oder Verapamil bei fehlendem Therapieerfolg mit Betablocker zur Frequenzkontrolle **Ila**

postoperativem Management

- Einleitung einer oralen Antikoagulation bei postoperativ (nicht kardial) aufgetretenem VHF nach CHADSVASc-Kriterien **Ila**
- Betablocker nicht routinemäßig zur Prävention postoperativer (nicht kardial) VHF **Ila**
- Nach **herzthoraxchirurgischem Eingriff** sollte eine dauerhafte orale Antikoagulation bei Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko unter ausführlicher Aufklärung und Risiko-Nutzen-Abwägung in Erwägung gezogen werden **Ila** **Ila**

Geschlecht

- Frauen mit symptomatischem paroxysmale/persistierendem VHF sollte frühzeitig eine adäquate Rhythmuskontrolle – medikamentös bzw. Katheterablation – angeboten werden **Ila**

Weiterführende Literatur:

- Hindricks G, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2021; 42: 373–498.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johann Auer

Abteilung für Innere Medizin I mit Kardiologie und Intensivmedizin

A. ö. KH „St. Josef“ Braunau

A-5280 Braunau, Ringstraße 60

E-Mail: johann.auer@khbr.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