



Die Vorhofablation bei Vorhofflimmern [CME]

Zusammenfassung: Die Vorhofablation bei Vorhofflimmern ist eine Therapieoption bei symptomatischen Patienten in frühen Krankheitsstadien, wenn keine bedeutsame strukturelle Herzkrankheit besteht. Ein Jahr nach einer solchen Ablation sind in den randomisierten klinischen Studien um 75% der Patienten rezidivfrei, nach Registerdaten ohne die Einnahme spezifischer Antiarrhythmika allerdings nur etwa 40%. Diesem Nutzen stehen > 7%, teilweise schwerwiegende, prozedural bedingte unerwünschte Ereignisse gegenüber. Darüber hinaus ist über Langzeitschäden noch wenig bekannt, etwa durch die Strahlenexposition oder die thermischen Umgebungsschäden. Es fehlen auch Nachweise, dass nach einer Ablation Schlaganfälle oder Herzinsuffizienz seltener auftreten oder dass die Patienten einen anderen gesundheitlichen Nutzen haben. Somit handelt es sich nach derzeitigem Kenntnisstand bei der Ablation um einen Eingriff, der nur nach sorgsamer Aufklärung über die bekannten und bisher nicht bekannten Risiken sowie den noch unklaren Nutzen durchgeführt werden sollte. Zudem darf der Eingriff nur in Zentren mit entsprechender Erfahrung erfolgen, d.h. mit geringer Komplikationsrate und adäquater langzeitiger Nachbeobachtung.

Durch die Zulassung der neuen oralen Antikoagulanzen und die Fortschritte bei elektrophysiologischen Techniken ist das Vorhofflimmern (VHF) zu einem vielbearbeiteten Thema geworden. Die wissenschaftlichen Publikationen haben sich in den vergangenen zehn Jahren nahezu verdreifacht (1). Auch wir haben wiederholt über VHF berichtet, zuletzt über die neuen US-amerikanischen Behandlungsleitlinien (2). Darin wird die Vorhofablation bei symptomatischem paroxysmalem VHF und mangelndem Therapieerfolg bzw. Unverträglichkeit von mindestens einem der Klasse-I- oder -III-Antiarrhythmika (Propafenon, Flecainid, Amiodaron, Dronedaron u.a.) als „hilfreich“ eingeschätzt und erhielt eine Klasse-IA-Empfehlung.

Nach Angaben der europäischen kardiologischen Gesellschaft (ESC) wurden im Jahre 2012 in Deutschland bereits ca. 14.000 und in Österreich ca. 1.000 Ablationen bei VHF durchgeführt. Nach anderen Quellen wurden 2012 in Deutschland schon > 30.000 dieser Eingriffe vorgenommen mit stark steigender Tendenz (3, 4). Wie schon häufiger scheint dabei nicht ausschließlich die Ratio, sondern die Ökonomie eine solche Entwicklung anzutreiben. Der Leiter eines der größten deutschen Elektrophysiologie-Zentren beklagte 2011, dass viele Einrichtungen primär aus ökonomischen Gründen die Ablation anbieten wollen (5). Bei Erlösen von bis zu 8000 € pro Ablation müssten nach den genannten Zahlen in Deutschland jährlich > 200 Mio. € mit Vorhofablationen umgesetzt werden.

Inhalt

Die Vorhofablation bei Vorhofflimmern	81
Influenza-Impfung bei Schwangeren	84
Gefährliche langfristige Analgetikatherapie von nicht tumorbedingten Schmerzen mit Opioiden	85
Time is brain: Injektion von Adrenalin bei Reanimation von Patienten mit Herzrhythmusstörungen, die elektrisch nicht behandelbar sind	86
Vorerst keine Verkürzung der antituberkulösen Therapie auf vier Monate möglich	87
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln	87
Leserbrief: Nochmals Restless legs Syndrom (RLS)	88

Dosisangaben ohne Gewähr.

Eine allgemeine Bewertung der Ablation ist schwierig, weil in den publizierten Studien sehr häufig unterschiedliche Krankheitsentitäten (z.B. VHF mit oder ohne strukturelle Herzkrankheit) und die verschiedenen Stadien bzw. Formen (paroxysmales, persistierendes, permanentes VHF) gemischt wurden. Außerdem haben sich Technologie und Ablationsstrategien in den letzten Jahren stark gewandelt, wodurch die Studienergebnisse noch schwerer zu vergleichen sind. Auch wurden und werden die seit 2012 geltenden Standards für das peri- und postoperative Management sowie die Nachbeobachtung (6; vgl. Tab. 1) in vielen Studienzentren leider nicht konsequent befolgt, wodurch ebenfalls Unterschiede in den Ergebnissen entstehen können. Und schließlich liegen nur wenige Daten zur Langzeit-Sicherheit (z.B. Strahlenschäden) und zu möglichen psychischen Folgen der Traumatisierung der Patienten durch die aufwändige(n) Prozedur(en) vor.

Ablationstechniken: Zur Ablation wird bei den Patienten – meist in Sedoanalgesie – transvenös (V. femoralis und/oder Halsvenen) ein Katheter in den rechten Vorhof vorgeschoben und nach transseptaler Punktion in den linken Vorhof platziert. Die anatomische und elektrische Orientierung in den Vorhöfen erfolgt heute meistens mittels 3D-Rekonstruktion aus CT- oder MR-Bildern sowie intrakardialen EKG-Ableitungen (Mapping-Systeme). Goldstandard ist die Ablation mittels Hochfrequenz, bei der die Metallspitze eines Ablationskatheters erhitzt wird und damit gezielt punktförmige Verödungsläsionen gesetzt werden können. Teilweise werden über Stunden hinweg Verödungslinien durch den Vorhof gezogen, um das Ausbreiten der arrhythmischen Flimmerwellen zu unterbinden. Das Ziel ist meist eine elektrische Isolierung der Pulmonalvenen-Region (PVI), der Ort, an dem das VHF besonders häufig entsteht. Mit Hilfe von sog. „Single-shot Devices“, wie zirkumferenziellen Multielektroden-Ablationskathetern oder Kryoballons, gefüllt mit gasförmigem Kühlmittel zum Erfrieren, können zeitgleich großflächige Läsionen gesetzt und die Prozeduren abgekürzt