



Neues zum Vorhofflimmern [CME]

Zusammenfassung: Ein Update der US-amerikanischen Leitlinien zur Behandlung von Vorhofflimmern empfiehlt nun, wie die europäischen Leitlinien auch, an erster Stelle die direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) vor den Vitamin-K-Antagonisten, außer bei Patienten mit moderater bis schwerer Mitralklappenstenose, mechanischen Herzklappen und terminaler Niereninsuffizienz. Weibliches Geschlecht wird beim CHA₂DS₂-VASC-Score von einem eigenständigen Risikofaktor zu einem Risk-Modifier herabgestuft. Frauen sollen demnach künftig erst ab einem Gesamtscore ≥ 3 eine Antikoagulation erhalten. Übergewicht und Alkoholkonsum werden als bedeutsame Risikofaktoren für Vorhofflimmern angesehen, die behandelt bzw. reduziert werden sollten.

Drei amerikanische Fachgesellschaften (American College of Cardiology = ACC; American Heart Association = AHA; Heart Rhythm Society = HRS) haben im Januar 2019 ihre 5 Jahre alten Leitlinien zur Behandlung des Vorhofflimmerns aktualisiert (1). Dies nehmen wir zum Anlass, einige Neuerungen und im Alltag relevante Aspekte zum Vofli zu besprechen.

Nicht valvuläres Vorhofflimmern (Vofli): Die Zulassung der neuen, direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) ist auf Patienten mit „nicht valvulärem Vofli“ beschränkt. Die Unterscheidung zwischen *valvulärem* und *nicht valvulärem Vofli* führt bei der Verordnung von DOAK immer wieder zu Verwirrung, denn es finden sich häufig auch verschiedenartige Klappendysfunktionen bei Patienten mit Vofli. Der Begriff „valvuläres Vofli“ wird nun ersetzt durch „Vofli bei moderater bis schwerer Mitralklappenstenose oder mechanischer Herzklappe“. Dies war auch stets mit der Bezeichnung gemeint und sollte künftig mehr Klarheit schaffen. Es wäre wünschenswert, dass auch die Formulierungen in den Fachinformationen entsprechend geändert werden. Auch der Begriff „Antithrombotische Therapie“ im Zusammenhang mit Vofli wird gestrichen und durch „Antikoagulationstherapie“ ersetzt. Dies bedeutet – auch wenn nicht explizit erwähnt – dass die Hemmung der Thrombozytenfunktion keine Option zur Prävention von Schlaganfällen bei Vofli ist.

Der CHA₂DS₂-VASC-Score (vgl. 15): Neu in den US-Leitlinien ist, dass „weibliches Geschlecht“ beim CHA₂DS₂-VASC-Score zur Einschätzung des mit Vofli assoziierten Schlaganfallrisikos kein eigenständiger Faktor mehr ist. Neuere Studien haben gezeigt, dass Frauen – wenn andere Risikofaktoren fehlen – ein nur minimal höheres Schlaganfallrisiko haben als Männer (2). Das Risiko ist für Frauen nur dann höher, wenn sie > 65 Jahre alt sind oder wenn zugleich ≥ 2 weitere, nicht geschlechtsbezogene Risikofaktoren vorliegen. Weibliches Geschlecht wird daher nur noch als ein „Risk-Modifier“ angesehen. Da die Leitlinienkommission den

Inhalt

| | |
|---|----|
| Neues zum Vorhofflimmern | 17 |
| PIONEER-HF: Eine kritikwürdige Studie wird vermutlich das Management der Herzinsuffizienz verändern | 19 |
| Andexanet – ein universelles Antidot für Faktor-Xa-Antagonisten in Sicht? | 21 |
| Protonenpumpenhemmer zur Prävention gastrointestinaler Blutungen unter oralen Antikoagulanzen? | 22 |
| Prednisolon für die Substitution bei Patienten mit Nebennierenrinden-Insuffizienz. | 23 |

Dosisangaben ohne Gewähr.

Score selbst nicht ändern kann, wird eine orale Antikoagulation (OAK) bei Männern weiterhin ab einem CHA₂DS₂-VASC-Score ≥ 2 und bei Frauen erst ab ≥ 3 empfohlen. Bei Frauen mit einem Score von 1 sei es „vernünftig, auf eine OAK zu verzichten“ (Empfehlungsgrad IIa, Evidenzlevel B). Auch die europäischen Vofli-Leitlinien von 2016 empfehlen bei Frauen eine OAK erst ab einem Score von 3 (Empfehlungsgrad 1, Evidenzlevel A); bei Frauen mit einem Score von 2 soll eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (3).

An dieser Stelle sei noch einmal daran erinnert, dass es keinen Automatismus zur OAK gibt. Alle Entscheidungen rund um diese einschneidende und oft lebenslange Präventionsmaßnahme sollen auch nach den europäischen Leitlinien (3) gemeinsam erfolgen, d.h. nach ausreichender Aufklärung der Patienten über Nutzen und Risiken und auch unter Einbeziehung der Hausärzte (Empfehlungsgrad IIa, Evidenzlevel C).

Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK): In den neuen US-Empfehlungen werden nun die DOAK, wie auch in den europäischen Leitlinien von 2016 (3), an erster Stelle vor den Vitamin-K-Antagonisten (VKA) empfohlen (Empfehlungsgrad I, Evidenzlevel A). Ausnahmen sind Patienten mit moderater bis schwerer Mitralklappenstenose, mechanischen Herzklappen und terminaler Niereninsuffizienz. Die Gründe für die Bevorzugung der DOAK gegenüber VKA sind, dass sie hinsichtlich ihres Nutzens nicht unterlegen sind und – bei richtigem Management (vgl. 9) – ein niedrigeres Risiko für schwerwiegende Blutungen haben sollen. Edoxaban wurde auf Grund der ENGAGE-TIMI-48-Studie (vgl. 10) nun als viertes DOAK in die Empfehlungsliste aufgenommen (Empfehlungsgrad I, Evidenzlevel B). Wir möchten nochmals auf den sehr sinnvollen Praxisleitfaden zur Verwendung von DOAK bei Patienten mit Vorhofflimmern von der Europäischen Heart Rhythm Association (EHRA) hinweisen. Hier werden Vorschläge zu den Zuständigkeiten, den erforderlichen Nachsorgeintervallen und Labortests in