

AMB 2014, 48,55

Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren als zusätzliche Therapie bei Vorhofflimmern?

Unter dem Schlagwort „shared decision making“ wird deutlich mehr als bisher ein individualisiertes Management bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) empfohlen, d.h. gemeinsame Entscheidungen von Arzt und Patient sollen stärker im Vordergrund stehen (1, vgl. 2). Auf einer der ersten von insgesamt 123 Seiten der AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation 2014 (1) werden tabellarisch auch „Risikofaktoren und Biomarker“ aufgelistet, die mit VHF assoziiert sind. Auf ihre Bedeutung wird jedoch nicht weiter eingegangen. In diesem Zusammenhang sind zwei kürzlich publizierte australische Studien interessant.

In einer monozentrischen, randomisierten, kontrollierten Studie, bei der die Koordinatoren, behandelnde Ärzte und anderes Personal mit Ausnahme der Berater für die Gewichtsreduktion verblindet waren, wurden im Centre for Heart Rhythm Disorders der Universität Adelaide zwischen Juni 2010 und Dezember 2011 insgesamt 150 übergewichtige oder adipöse Patienten (BMI > 27) mit bekanntem symptomatischem paroxysmalem oder persistierendem VHF untersucht (3). Bei Einschluss waren sie im Sinusrhythmus. Alle Patienten erhielten eine intensive Behandlung, um ihre kardiometabolischen Risikofaktoren zu reduzieren. Zusätzlich wurden sie 1:1 randomisiert in eine Interventionsgruppe mit konsequenter, ärztlich begleiteter Gewichtsreduktion und eine Kontrollgruppe mit allgemeiner Beratung zum Lebensstil. Das Programm zur Gewichtsreduktion bestand aus (sehr) niedrigkalorischen Diäten und mäßiger physischer Aktivität dreimal wöchentlich (Gehen, Radfahren; Dauer von jeweils 20 auf 45 Minuten zunehmend). Primärer Endpunkt war die subjektive „VHF-Last“, quantifiziert mittels der „Atrial Fibrillation Severity Scale“ (AFSS). Diese umfasst drei Komponenten: Anfallsfrequenz, Anfallsdauer und globaler Schweregrad der Anfälle (Maximalwert jeweils 10, Gesamt-Maximalwert der AFSS somit 30); zusätzlich wird der Schweregrad der Symptomatik über eine assoziierte „symptomspezifische kontinuierliche Skala“ erhoben (0 = keine Symptome; 35 = schwere Symptome). Die AFSS wurde alle drei Monate erfasst über eine Nachbeobachtungszeit von 15 Monaten. Sekundäre Endpunkte waren objektive Anzahl und Dauer von VHF-Episoden im 7-Tage-Langzeit-EKG, Vorhofsgröße (linksatriale Querschnittsfläche) und interventrikuläre

Septumdicke (alle verblindet gemessen zu Beginn und nach 12 Monaten). Antiarrhythmika wurden in beiden Gruppen nach Entscheidung des behandelnden Arztes verordnet.

Ergebnisse: 248 Patienten wurden gescreent und jeweils 75 in die beiden Gruppen randomisiert. Nach 12 Monaten waren noch 109 Patienten (73%), nach 15 Monaten noch 81 Patienten (54%) in der Studie. Die häufigsten Gründe für einen Studienabbruch waren Ablehnung der weiteren Teilnahme durch die Patienten und durchgeführte VHF-Ablationen. In der Interventionsgruppe wurde die subjektive VHF-Last signifikant stärker reduziert als in der Kontroll-Gruppe (Differenz 11,8 vs. 2,6 AFSS-Punkte; $p < 0,001$), ebenso die Zahl (3,4 vs. 0,7; $p < 0,001$) und die Dauer der VHF-Episoden (5,0 vs. 0,8; $p < 0,001$), der globale Schweregrad der Anfälle (3,4 vs. 1,0; $p < 0,001$) sowie der zusätzliche „symptomspezifische“ Schweregrad (8,4 vs. 1,7; $p < 0,001$). Auch die als sekundärer Endpunkt objektiv gemessene Dauer des VHF wurde signifikant beeinflusst (685 Minuten weniger vs. 152 Minuten mehr; $p < 0,001$). Die Vorhofgröße (3,5 vs. 1,9 cm²; $p = 0,2$) und die interventrikuläre Septumdicke (1,1 vs. 0,6 mm; $p = 0,02$) nahmen in beiden Gruppen unterschiedlich ab (nicht signifikant). Die Aussagekraft der Studien ist allerdings eingeschränkt durch das monozentrische Design und die relativ hohe Abbruchrate. Sie war aber in beiden Gruppen in etwa gleich. Naturgemäß können sowohl AFSS als auch das Langzeit-EKG die tatsächliche VHF-Last unterschätzen. Zwar ist eine lückenlose Erfassung mittels implantierbarer Recorder möglich, doch wurde zugunsten der Praxisnähe darauf verzichtet.

Von denselben Autoren wurde eine weitere Studie durchgeführt, deren Ergebnisse auf dem diesjährigen Jahreskongress der Heart Rhythm Society präsentiert wurden (4). Hier wurden 165 Patienten nach VHF-Ablation untersucht. Einschlusskriterien und Behandlungsgruppen waren ähnlich wie in der ersten Studie. Im mittleren Nachbeobachtungszeitraum von 40 ± 14 Monaten nach einmaliger Ablation war das VHF-freie Überleben in der Interventionsgruppe hochsignifikant häufiger als in der Kontroll-Gruppe (32,9% vs. 9,7%; $p < 0,001$), ebenso nach mehrfacher Ablation (87% vs. 17,8%; $p < 0,001$).

Fazit: Die konsequente Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren, insbesondere die Kombination aus diätetischen Maßnahmen und physischer Aktivität mit dem Ziel der Gewichtsreduktion, scheint sich bei paroxysmalem und persistierendem Vorhofflimmern positiv auszuwirken. Neben (und manchmal vielleicht auch statt?) antiarrhythmischer Arzneimitteltherapie und Katheterinterventionen sollten diese Maßnahmen den betroffenen Patienten dringend empfohlen werden.

Literatur

1. January, C.T., et al.: J. Am. Coll. Cardiol. 2014 pii: S0735-1097(14)01740-9. doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.022. Vorveröffentlicht: <http://www.medpagetoday.com/upload/2014/3/28/03022.pdf> (Zugriff am 1.7.2014).
2. AMB 2014, **48**, 35.
3. Abed, H.S., et al.: JAMA 2013, **310**, 2050.
4. Rajeev, K., et al. (ARREST-AF = **A**ggressive **R**isk factor **R**eduction **S**tudy for **A**trial **F**ibrillation): <http://www.abstractsonline.com/pp8/#!/3393/presentation/12289>