Merkblatt

**Chirurgische Ablation bei Vorhofflimmern**

Früher war eine chirurgische Therapie von Vorhofflimmern aufgrund ihrer Invasivität lediglich als Ergänzung zu einer aus anderen Gründen notwendigen Herzoperation sinnvoll. Heute erlauben spezielle Techniken und die Weiterentwicklung moderner Ablationssonden Operationen bei Vorhofflimmern auch ohne Herz-Lungen-Maschine. Damit wird diese Therapieform nun auch für Patienten interessant, die sonst herzgesund sind und keine weitere Herzoperation benötigen.

So kann eine erfolgversprechende chirurgische Ablation heute über einige kleine, lediglich ca. 2 cm messende Schnitte in endoskopischer Technik durchgeführt werden, ohne dass eine Eröffnung des Brustkorbs notwendig wird. Diese so genannte Schlüsselloch-Chirurgie ermöglicht es den Patienten, die Klinik meist bereits nach drei Tagen wieder zu verlassen.

Grundsätzlich ist ein minimalinvasiver chirurgischer Eingriff sowohl bei Patienten möglich, die nur wegen Vorhofflimmern operiert werden als auch bei solchen, die zusätzliche chirurgische Eingriffe am Herzen benötigen, zum Beispiel an den Herzklappen oder an den Herzkranzgefäßen. Die im Folgenden beschriebenen (minimalinvasiven) Eingriffe sind mittlerweile standardisiert und werden weltweit durchgeführt.

Dem Herzchirurgen ist es prinzipiell möglich, eine Ablation von der Innenseite des Herzens (endokardial) oder von der Außenseite (epikardial) durchzuführen. Ein Vorteil der Chirurgie ist, dass man Strukturen und anatomische Gegebenheiten darstellen kann und unter direkter Sicht behandelt. Zusätzlich hat man die Möglichkeit, das linke Herzohr als Hauptquelle für Blutgerinnsel auszuschalten, indem man das Herzohr mit einer Naht oder einem großen Clip verschließt.

**Isolierung der Lungenvenen - Verödung von außen**

Dazu ist eine Eröffnung des linken Vorhofes nicht mehr nötig. Die Lungenvenen werden mit einer Ablationsklemme umfahren und abladiert. Diese Methode der Behandlung von Vorhofrhythmusstörungen wird überwiegend bei Patienten eingesetzt, bei denen man im Rahmen einer Bypass-Operation auf eine Eröffnung des Herzens oder auch auf den Einsatz der Herz-Lungenmaschine verzichten möchte. Auch bei einem Eingriff an der Aortenklappe bietet sich dieses Verfahren an, weil man hiermit auf eine Eröffnung der Vorhöfe verzichten kann.

Grundsätzlich wird im Rahmen der chirurgischen Rhythmustherapie auch das linke Vorhofohr behandelt. Das linke Vorhofohr ist ein kleines Anhängsel des linken Vorhofes, in dem sich während des Vorhofflimmerns Blutgerinnsel bilden können, die, wenn sie ausgeschwemmt werden, zu Gefäßverschlüssen und damit auch zu Schlaganfällen führen können. Das Vorhofohr kann von innen oder außen übernäht werden oder endoskopisch mit einer Klammernaht oder einem Clip  verschlossen werden. Der chirurgische Vorhofohrverschluss dient dazu, das Risiko für Schlaganfälle zu reduzieren.

Nach der Operation bleibt der Patient etwa einen Tag lang auf der Intensivstation. Anschließend wird er, je nachdem wie gut die Erholung verläuft, vier bis acht Tage im Krankenhaus weiter behandelt. In den ersten Tagen nach der Operation ist das Auftreten von Vorhofrhythmusstörungen nicht ungewöhnlich. Das Herz muss sich nach einem lange bestehenden Vorhofflimmern „elektrisch erholen“ und sich erst wieder an den normalen Herzrhythmus gewöhnen.

**Endoskopische Ablation – Schlüssellochchirurgie**

Die Entwicklung von modernen Ablationssonden ermöglicht es den Chirurgen heute, über kleine Schnitte eine Isolierung der Lungenvenen effektiv und sicher durchzuführen, ohne den Brustkorb eröffnen oder die Herz-Lungen-Maschine einzusetzen. Im Rahmen dieses Eingriffes kann das linke Herzohr entfernt und das Schlaganfallrisiko damit zusätzlich minimiert werden. Dieses videounterstützte Verfahren ist für die Patienten extrem schonend und dauert etwa zwei Stunden. Zwar ist auch für dieses Verfahren eine Vollnarkose notwendig, diese ist heutzutage jedoch kaum belastend, so dass die Patienten für gewöhnlich die Klinik nach drei Tagen verlassen können. Mit einer Erfolgsrate von ca. 80 Prozent Freiheit von Vorhofflimmern drei Jahre nach Therapie ist dieses moderne Verfahren eine gute Therapiealternative bzw. -ergänzung zur Katheterablation, insbesondere für Patienten mit anhaltendem oder rezidivierendem Vorhofflimmern.

**Was kann passieren?**

Heutzutage ist die Rhythmuschirurgie ein ausgesprochen sicheres Verfahren. Nachdem man von Komplikationen aus der Vergangenheit gelernt hat, werden heute Energiequellen zur Gewebeverödung eingesetzt, die in der Regel keine umliegenden Strukturen verletzten können. In seltenen Fällen (ca. zwei Prozent) ist eine minimalinvasive Technik aufgrund von Verwachsungen nicht möglich, und es muss dann ein größerer Zugang gewählt werden. Sehr selten ist es notwendig, einen Herzschrittmacher nach dem rhythmuschirurgischen Eingriff zu implantieren.

**Bei wem ist die Operation sinnvoll?**

Die Erfolgsrate hängt von der Art der Erkrankung ab. Patienten, die ein anfallsartiges Vorhofflimmern haben, können heutzutage mit einer sehr guten Erfolgsrate (ca. 80 Prozent) mit einer Kathetertechnik behandelt werden. Die Ergebnisse der Behandlung von anhaltendem Vorhofflimmern mit Kathetern sind heute noch nicht befriedigend. Nach mindestens zwei Eingriffen sind die Erfolgsraten nicht größer als 50 Prozent.

Bei Patienten, die nicht erfolgreich mit Kathetern behandelt wurden und weiterhin in ihrem Befinden beeinträchtigt sind, sollte ein operatives Verfahren erwogen werden. Grundsätzlich sind die Erfolgsraten bei chronischem Vorhofflimmern besser als mit Katheterablation. Je nach OP-Technik, Vorerkrankung des Herzens, antiarrhythmischer Medikation und erforderlicher Begleitoperation sind die Ergebnisse unterschiedlich und nicht direkt miteinander vergleichbar.

Aktuelle Metaanlysen zeigen nach einem Jahr für die linksatriale chirurgische Ablation eine Erfolgsrate von ca. 70 Prozent. Bei einer biatrialen chirurgischen Ablation kann nach einem Jahr bei mehr als 80 Prozent der Patienten mit einem Sinusrhythmus gerechnet werden.

Eine Operation ist in jedem Fall sinnvoll, wenn im Rahmen von Bypass- oder Herzklappenoperationen sowieso ein herzchirurgischer Eingriff nötig ist und das Vorhofflimmern auf diese Weise mitbehandelt werden kann.

Die neuen Techniken der videounterstützten, minimalinvasiven oder auch endoskopischen Ablationsverfahren bieten heute eine schonende und effektive Behandlungsalternative zur Katheterablation, vor allem für symptomatische Patienten mit anhaltendem Vorhofflimmern oder Patienten, bei denen bereits eine Katheterablation erfolglos durchgeführt wurde. Die Entscheidung für oder gegen eine Operation sollte am besten von Ihrem Kardiologen gemeinsam mit einem Herzchirurgen getroffen werden. Hierbei sollten der Verlauf ihrer Erkrankung, individuelle Operationsrisiken und Erfolgsaussichten berücksichtigt werden.

Quelle: [www.vorhofflimmern.de](http://www.vorhofflimmern.de/de/vorhofflimmern/patienteninformati...)