

Paroxysmales Vorhofflimmern – zu häufig unerkannt

Vorhofflimmern (VHF) ist die häufigste Rhythmusstörung mit einer Prävalenz von 6-8% bei Über-75-jährigen (1). Möglicherweise wird die Häufigkeit von VHF aufgrund unzureichender diagnostischer Möglichkeiten und fehlender Symptome erheblich unterschätzt. In einer kürzlich publizierten schwedischen Screening-Studie wurde nun bei 75- und 76-Jährigen eine Gesamtprävalenz von 14,3% festgestellt (2). Die Autoren luden alle 75- und 76-jährigen Bewohner der Stadt Halmstad (92.000 Einwohner) ein, an einem Screeningprogramm zur Diagnostik und Behandlung von VHF teilzunehmen. 848 der 1330 Berechtigten erklärten sich zur Teilnahme bereit (64%). Bei 81 Teilnehmern war VHF bereits bekannt, wobei nur 46 von ihnen antikoaguliert waren. Bei allen übrigen wurde zunächst einmalig ein 12-Kanal-EKG durchgeführt. Dabei wurde bei 10 Personen Vorhofflimmern neu diagnostiziert. Bei den anderen 757 Teilnehmern wurde anschließend der CHADS₂-Score (vgl. 3) erhoben. 403 Personen mit einem Score ≥ 2 , hatten neben dem Alter ≥ 75 Jahre noch mindestens einen weiteren Risikofaktor (arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, vorangegangene TIA oder Apoplex). Diese Probanden bekamen ein mobiles EKG-Gerät im Scheckkartenformat (Zenicor Medical Systems) mit nach Hause. Bei diesem Gerät wird die Ableitung I nach Goldberger über die beiden aufgelegten Daumen des Patienten abgeleitet und per Telefon auf die Webseite der Studienleitung zur Auswertung übertragen. Sie erhielten die Anweisung, 14 Tage lang zweimal täglich und zusätzlich bei gefühlten Herzrhythmusstörungen für 30 Sekunden ein EKG aufzuzeichnen. Bei unklaren Befunden wurde entweder eine zweite Aufzeichnungsperiode von 14 Tagen mit dem mobilen EKG oder ein 48-Std.-Langzeit-EKG angeschlossen. Auf diese Weise wurde zusätzlich bei 30 Teilnehmern paroxysmales VHF neu entdeckt. Insgesamt hatten also 121 der 848 Patienten (14,3%) permanentes oder paroxysmales VHF. Bei 57 von ihnen wurde im Rahmen der Screening-Studie eine Antikoagulation begonnen. Bei ihrer Rechnung berücksichtigen die Autoren allerdings nicht, dass von den 1330 Eingeladenen möglicherweise diejenigen mit bekanntem Vorhofflimmern ein besonderes Interesse an der Teilnahme hatten und deshalb unter den 848 Teilnehmern überrepräsentiert sein können.

In der Regel kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit paroxysmalem VHF ein ähnlich hohes Risiko haben, einen Schlaganfall zu erleiden, wie solche mit permanentem VHF (4). Daher erscheint es erstrebenswert, solche Patienten frühzeitig zu identifizieren. Ein einmaliges 12-Kanal-EKG ist hierzu sicherlich nicht ausreichend. In einer 2007 publizierten Screening-Untersuchung zum VHF im Alter von ≥ 65 Jahren konnte durch systematisches (= Angebot eines EKG) oder symptomorientiertes Screening (= Pulskontrolle und Angebot eines EKG bei Arrhythmie) über einen Zeitraum von einem Jahr nur bei 1,63% der Teilnehmer VHF neu entdeckt werden. In der Kontroll-Gruppe, in der Diagnostik nur bei Symptomen durchgeführt wurde, waren es 1,04%/Jahr (5). Obgleich der Unterschied signifikant ist, lag die Trefferquote deutlich unter derjenigen mit Chipkarten-EKG in der hier besprochenen Studie.

Es stellt sich also die Frage, ob ein Screening auf paroxysmales VHF bei Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko (CHADS₂-Score ≥ 2) mittels eines mobilen EKG-Geräts generell zu empfehlen ist. Das könnte nach der Untersuchung in Halmstad sinnvoll sein. Es ist aber noch nicht erwiesen, dass dadurch Schlaganfälle vermieden werden.

Fazit: Eine aktuelle Screening-Untersuchung mittels Chipkarten-EKG macht deutlich, dass (vor allem paroxysmales) Vorhofflimmern (VHF) bei älteren Menschen mit hohem Schlaganfallrisiko häufig unentdeckt besteht. Derzeit gibt es noch keine Daten, ob durch ein solches Screening mit nachfolgender präventiver Behandlung mit Antikoagulanzen Schlaganfälle verhindert werden können. Dazu sind dringend weitere Studien erforderlich.

Literatur

1. Nacarelli,G.V., et al.: Am. J. Cardiol. 2009, **104**, 1534. [Link zur Quelle](#)
2. Engdahl, J.,et al.: Circulation 2013, **127**, 930. [Link zur Quelle](#)
3. AMB 2011, **45**,73 [Link zur Quelle](#) . AMB 2012, **46**, 17. [Link zur Quelle](#)
4. Friberg, L.,et al.: Eur. Heart J. 2010, **31**, 967. [Link zur Quelle](#)
5. Fitzmaurice,D.A., et al.: BMJ 2007; **335**, 383. [Link zur Quelle](#)