Lungenembolie: Welche Patienten ambulant behandeln?

Vereinfachter Score erleichtert die Entscheidung

Bei Patienten mit einer nicht massiven Lungenembolie wird zunehmend auf eine stationäre Einweisung verzichtet. Doch die Entscheidung, welche Patienten sich für eine ambulante Behandlung eignen, kann schwierig sein.

■ Der Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) ist ein validiertes Werkzeug zur Abschätzung des Schweregrads einer Lungenembolie. Er besteht jedoch aus elf einzelnen Variablen, weshalb die Anwendung im klinischen Alltag beschwerlich sein kann. Daher wurde der Score kürzlich vereinfacht, er enthält nun nur noch sechs verschiedene Variablen: Alter über 80 Jahre, Tumoranamnese, chronisch kardiopulmonale Erkrankungen, Puls > 110/Minute, systolischer Blutdruck < 100 mmHg und arterielle Sauerstoffsättigung < 90%. Ergibt der Score 0 Punkte, gilt der Patient als Niedrigrisikopatient, während man bei einem oder mehr Punkten von einem Hochrisikopatienten ausgeht.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es herauszufinden, ob das vereinfachte Modell in ähnlichem Maße wie das traditionelle Modell in der Lage ist, den klinischen Verlauf

von Patienten mit einer Lungenembolie vorherzusagen. Zu diesem Zweck analysierten Righini und Kollegen insgesamt 1693 erwachsene ambulante Patienten, die sich zu einer Lungenembolie-Diagnostik mithilfe der Multislice-Computertomografie vorgestellt hatten. Der primäre Endpunkt war die Mortalität nach 90 Tagen.

357 Patienten hatten eine computertomografisch bestätigte Lungenembolie. Das Durchschnittsalter betrug 64 Jahre, 44% waren männlich, 32% hatten eine Anamnese für thromboembolische Ereignisse, 9% eine Tumoranamnese und 4% einen systolischen Blutdruck unter 100 mmHg. Nach dem vereinfachten PESI-Score waren 46,2% der Patienten als Niedrigrisiko- und 53,8% als Hochrisikopatienten einzustufen.

Die Gesamtmortalität betrug 5,9%, die durch die Lungenembolie bedingte Mortalität nach drei Monaten 2,5%. Während des Beobachtungszeitraums starben 1,2% der Patienten mit niedrigem Risiko und 9,9% der Patienten mit hohem Risiko (Hazard Ratio [HR] = 8,5%; $p = 0,004$). Das Risiko, an einer Lungenembolie zu sterben, betrug 0,6% versus 4,2% ($HR = 7,0$; $p = 0,06$).

In dieser Studie stimmten der traditionelle und der vereinfachte PESI-Score gut überein: 288 Patienten waren durch beide Scores gleich kategorisiert worden, während die Einteilung bei 69 Patienten differierte. Auch die Mortalitätsraten der beiden Risikogruppen waren bei beiden Scores vergleichbar.

■ **Kommentar:** Diese Studie legt nahe, dass sowohl der traditionelle als auch der vereinfachte PESI-Score Patienten mit niedrigem Mortalitätsrisiko innerhalb der ersten drei Monate der Antikoagulationstherapie identifizieren können. Somit kann künftig der vereinfachte PESI-Score verwendet werden, was die Entscheidung zur ambulanten Behandlung unter Umständen etwas erleichtern kann.

*Priv.-Doz. Dr. med. Nicolas Diehm,
Schweizer Herz- und Gefäßzentrum,
Inselspital Bern ■*

■ Righini M et al. The simplified embolism severity index (PESI): validation of a clinical prognostic model for pulmonary embolism. *J Thromb Haemost.* 2011;9:2115–2117

Erhöhtes Schlaganfallrisiko

Auch bei stummem Vorhofflimmern droht Gefahr

Subklinische Episoden von Vorhofflimmern kommen bei Schrittmacherträgern häufig vor. Dabei steigt auch das Schlaganfallrisiko, wie die ASSERT-Studie ergab.

■ In die prospektive Beobachtungsstudie wurden 2580 Hypertoniker ab 65 Jahren eingeschlossen, bei denen kurz zuvor ein Herzschrittmacher (95%) oder ein Kardioverter-Defibrillator (5%) implantiert worden war, die aber bislang kein Vorhofflimmern hatten. Nach drei Monaten wurden die Studienteilnehmer durch Auslesen der Schrittmacherspeicher auf das zwischenzeitliche Auftreten von subklinischen Episoden von Vorhofflim-

mern (Vorhofftachykardie >190 Schläge pro Minute für mindestens sechs Minuten) untersucht. Anschließend wurden die Patienten für durchschnittlich 2,5 Jahre nachbeobachtet. Studienteilnehmer mit Herzschrittmacher wurden zusätzlich auf eine Behandlungs- und eine Kontrollgruppe randomisiert und in der Behandlungsgruppe mit automatischer Overdrive-Stimulation behandelt, falls Vorhofflimmerepisoden auftraten.

In den ersten drei Monaten nach Studieneinschluss wurden bei 10% der Patienten subklinische Vorhofflimmerepisoden detektiert. Während des anschließenden Beobachtungszeitraums betrug das jährliche Risiko eines Schlaganfalls oder einer syste-

mischen Embolie 1,7% bei Patienten mit subklinischem Vorhofflimmern und 0,7% bei solchen ohne detektiertes Vorhofflimmern, was einem 2,5-fach erhöhten Risiko entspricht. Dieser Zusammenhang blieb nach der Adjustierung für wichtige Schlaganfallrisikofaktoren unverändert bestehen.

Die überwiegende Mehrzahl der klinischen Endpunkte (46 von 51) waren ischämische Schlaganfälle. Auch das Schlaganfallrisiko allein war um das 2,5-Fache erhöht.

Die Overdrive-Stimulation erwies sich als unwirksam zur Prävention von Schlaganfällen oder systemischen Embolien ebenso wie zur Prävention von klinisch symptomatischem Vorhofflimmern.