

Apoplex: Jetzt nach Vorhofflimmern suchen

Bei 15% der Patienten mit ischämischem Insult ohne bekanntes Vorhofflimmern lässt sich nach dem Ereignis ein klinisch stummes, paroxysmales Vorhofflimmern nachweisen. Man muss aber intensiv suchen.

— Für ein eine offene, randomisierte Studie in Deutschland wurden 398 Patienten im Alter über 60 Jahren (im Mittel 72) rekrutiert, die einen akuten ischämischen Insult erlitten hatten, im Aufnahme-EKG einen Sinusrhythmus zeigten und keine Vorgeschichte von Vorhofflimmern hatten. Ausschlusskriterien waren bekannte kardiale Emboliequellen oder hochgradige ipsilaterale Karotisstenosen. Die Hälfte der Schlaganfälle war kryptogen.

200 der Teilnehmer erhielten sofort sowie nach drei und sechs Monaten jeweils ein zehntägiges Holter-Monitoring.

Die übrigen 198 erhielten eine Standarddiagnostik mit 24-Stunden-EKG. Primärer Endpunkt war das Auftreten von Vorhofflimmern oder Vorhofflattern.

Nach sechs Monaten ließ sich bei 14% der Patienten mit intensivem EKG-Monitoring Vorhofflimmern nachweisen. In der Kontrollgruppe waren es nur 5%. Die Differenz war statistisch signifikant und entsprach einer einer Number needed to screen von 11.

▪ Wachter R, Gröschel K, Gelbrich G et al. Holter-electrocardiogram-monitoring in patients with acute ischaemic stroke (Find-AFRANDOMISED): an open-label randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2017;16:282–90

KOMMENTAR

Erstmals wurden Patienten mit nicht-kardioembolischem Schlaganfall ohne bekanntes vorbestehendes Vorhofflimmern untersucht. Und ganz offenbar kommt man zu deutlich mehr Diagnosen, wenn man sie nach dem Ereignis nur lang genug monitoriert. Dies hat therapeutische Konsequenzen, da hier eine Antikoagulation indiziert ist. Ob unbedingt ein Zehn-Tage-EKG-Monitoring erfolgen muss, oder ob regelmäßige Pulskontrollen ebenfalls ausreichend wären, ist bisher nicht bekannt.

Prof. Dr. med. H.-C. Diener

Regression der Koronarsklerose unter konservativer Therapie

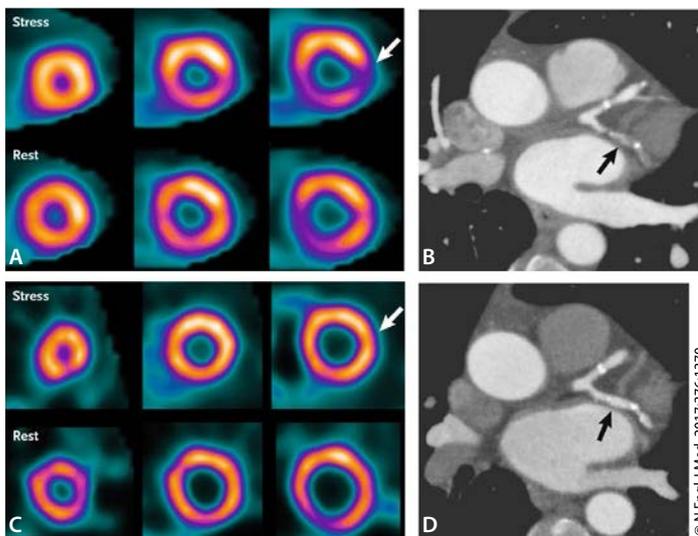
Ein 42-jähriger Mann mit Hyperlipidämie und einer positiven Familienanamnese für eine koronare Herzkrankheit (KHK) litt seit vier Monaten unter intermittierend auftretenden, belastungsabhängigen Brustschmerzen. Die Myokard-Perfusionsszintigrafie unter Be-

lastung zeigte eine mäßige Ischämie im Versorgungsgebiet des Ramus circumflexus (Abb. A). In der CT-Angiografie stellte sich ein großer arteriosklerotischer Plaque in dieser Koronararterie dar, der zu einer schweren Stenose geführt hatte (Abb. B). Unter der Diagnose einer chronischen stabilen Angina pectoris wurde der Mann hochdosiert mit Statinen, Ezetimib, einem Betablocker und Aspirin behandelt. Er erhielt eine Diätberatung und wurde aufgefordert, regelmäßig körperlich aktiv zu sein. Im Lauf der folgenden Wochen ging die Symptomatik allmählich zurück.

Vier Jahre später trat bei dem Mann ein untypischer Brustschmerz auf. Eine Wiederholung der Bildgebung ergab keinen Hinweis auf eine myokardiale Ischämie (Abb. C) sowie einen deutlichen Rückgang des Plaquematerials und der Stenose im Ramus circumflexus (Abb. D). Diese Befunde bestätigten, dass die Symptomatik nicht kardialer Natur war.

Dieser hochinteressante Casus beweist, dass unter konsequenter medikamentöser, diätetischer und Verhaltenstherapie eine Rückbildung der koronaren Atherosklerose möglich ist. Der Fall ist auch insofern höchst ungewöhnlich, da der behandelnde Kardiologe offensichtlich den üblichen okulostenotischen Reflex unterdrücken konnte und dem Mann keinen Stent verpasste. Der Wissenschaft hat er damit einen Dienst erwiesen.

Prof. Dr. med. H. S. Fießl



A: Ischämie im Versorgungsbereich des Ramus circumflexus. B: Plaque im Ramus circumflexus. C, D: Zustand nach vier Monaten ohne Ischämie und mit reduzierter Stenose.

▪ Keraliya A, Blankstein R. Regression of coronary atherosclerosis with medical therapy. *N Engl J Med.* 2017;376:1370