

Vorhofflimmern: stets ein schlechtes Omen

Neu aufgetretenes Vorhofflimmern scheint unabhängig von den drohenden Schlaganfällen ein allgemeiner Risikoindikator für eine gesteigerte Mortalität zu sein. Die Gründe sind noch unklar.

— In der Studie GARFIELD-AF werden Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern in einem multinationalen Register prospektiv erfasst und der weitere Verlauf verfolgt. Nun wurden erste Ergebnisse von 17.162 Personen im Alter von $69,8 \pm 11,4$ Jahren vorgelegt. 43,8% waren Frauen, der mittlere CHA₂DS₂-VASc-Score betrug 3,3. 60,8% der Patienten erhielten Antikoagulanzen mit oder ohne Thrombozytenaggregationshemmer, 27,4% nur eine Plättchentherapie und 11,8% kein Antikoagulans.

Im Verlauf der zweijährigen Beobachtungsdauer kamen auf 100 Personennjahre 3,83 Todesfälle, 1,25 Schlaganfälle und 0,70 große Blutungen. Alle drei Ereignisse manifestierten sich überwiegend innerhalb der ersten vier Monate

nach Auftreten des Vorhofflimmerns. Von den bekannten Todesursachen machten Herzinsuffizienz, akutes Koronarsyndrom, plötzlicher Herztod, Malignome, respiratorisches Versagen und Infektionen 65% aus, Schlaganfälle nur < 10%. Obwohl die Antikoagulation also auf einen großen Teil der Todesursachen keinen Einfluss haben konnte, verringerte sie das Mortalitätsrisiko um 35%.

▪ Bassand JP et al. Two-year outcome of patients with newly diagnosed atrial fibrillation: results from GARFIELD-AF. *Eur Heart J* 2016, online 29. Juni; doi: 10.1093/eurheartj/ehw233

KOMMENTAR

In Zeiten der Debatte um Stroke Units und Antikoagulation weitet die Studie etwas den Blick. Vorhofflimmern scheint ganz allgemein, aus nicht vollständig

verstandenen Gründen, ein prognostisch ungünstiges Zeichen zu sein, wobei die meisten Todesursachen gar nichts mit dem Vorhofflimmern bzw. den Komplikationen zu tun haben.

Der vorläufige Bericht hat das Verdienst, neue Hypothesen über die Mortalität nach Vorhofflimmern zu generieren. Der Blick auf die bloße Mortalität erscheint aber auch zu eng. Was fehlt, sind die langfristigen Folgen von Schlaganfällen, die nur selten direkt zum Tode führen, aber zu langer Leidenszeit und schließlich über Sekundärerkrankungen zum Tode führen können. Insofern könnten Schlaganfälle für die Mortalität doch eine wesentlich größere Bedeutung haben, als die Studie vermuten lässt. ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl

Schilddrüsenkrebs – ein klares Beispiel für Überdiagnose



Der Check ist gut gemeint, kann aber problematisch sein.

In den letzten Jahrzehnten kam es zu einer geradezu dramatischen Zunahme der Inzidenz von Schilddrüsenkarzinomen, überwiegend kleine, papilläre Entitäten. An der Spitze liegt Südkorea: Von 1993–1997 wurden bei den 15- bis 79-Jährigen 12,2 Fälle pro 100.000 Ein-

wohner diagnostiziert, 2003–2007 waren es bereits 59,9. Getrieben wird diese Entwicklung nicht von Risiken wie Bestrahlung, Ernährung oder Alterung, sondern von der weitverbreiteten Anwendung bildgebender Verfahren als Screening-Untersuchung.

Stutzig machen sollte dabei die Tatsache, dass sich die karzinombezogene Mortalitätsrate in den letzten Jahrzehnten nicht verändert hat. Offenbar erfüllen die in vielen Knoten zytologisch festgestellten Schilddrüsenkarzinome zwar zellulär die Kriterien eines malignen Tumors – sie verhalten sich biologisch aber nicht so. Statt abwartend zu beobachten, werden die meisten Patienten nach der Diagnose thyreoidektomiert, mit der mindestens 3%igen Chance, danach eine Recurrensparese oder (seltener) einen schwer behandelbaren Hypoparathyreoidismus zu entwickeln.

Zum Glück haben die deutschen Thyreologen die sonografischen Kriterien für den Morbiditätsverdacht dahingehend abgeschwächt, dass wenigstens Schilddrüsenknoten unter 1 cm Größe in Ruhe gelassen werden. Noch sinnvoller wäre es, das sonografische Screening der Schilddrüse überhaupt sein zu lassen. ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl

▪ Vaccarella S et al. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med.* 2016;375:614–7