

## Digitale Diagnose

# App sagt Vorhofflimmern? Bitte ernst nehmen!

Was tun, wenn ein Patient mit der selbst gestellten Verdachtsdiagnose „Vorhofflimmern“ in die Praxis kommt, weil sein Mobiltelefon das behauptet? Auf jeden Fall ist es ein Grund, genau hinzusehen.

— Patienten, die von sich aus zum Arzt kommen, weil sie bemerkt haben, dass ihr Puls unregelmäßig schlägt, gibt es schon lange. Aber sie sind bis jetzt eher selten. Mit den neuen digitalen Diagnose-Tools dürfte die Zahl insbesondere jüngerer Patienten, die sich selbst mit Vorhofflimmern in die hausärztliche oder kardiologische Arztpraxis einweisen, steigen. Wie umgehen mit diesen Patienten?

## Hohe Sensitivität und Spezifität

Bei der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie betonte DGK-Präsident Prof. Hugo Katus vom Universitätsklinikum Heidelberg, dass er der App-Diagnose Vorhofflimmern tendenziell glauben würde, auch weil für mehrere der eingesetzten Algorithmen mittlerweile in ersten klinischen Studien eine hohe Sensitivität und Spezifität im Hinblick auf das Erkennen von Vorhofflimmern demonstriert wurde. „Insbesondere dann, wenn das EKG einsehbar ist und ein Vorhofflimmern zeigt, sollte bei diesen Patienten ein CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC-Score erstellt werden, um das Gesamtrisiko abschätzen zu können.“

Berichten die Patienten zusätzlich über Symptome, dann ist für Katus der Schritt zur oralen Antikoagulation bei entsprechendem CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC-Score relativ kurz, auch dann, wenn sich das Vorhofflimmern nicht sofort im Langzeit-EKG verifizieren lässt.

## „Das Langzeit-EKG hat seine eigenen Probleme“

Er habe über die Jahre immer wieder Patienten erlebt, die typische Symptome beschrieben hätten und bei denen sich auch in mehreren Langzeit-EKGs zunächst keine Flimmerepisode haben einfangen lassen, bevor die Diagnose Vorhofflimmern dann irgendwann doch gestellt werden konnte. „Das Langzeit-EKG hat seine eigenen Probleme“, so Katus.

## Wann antikoagulieren?

Klar ist, dass die Apps nicht als alleinige Diagnoseinstrumente angesehen werden sollten: „Eine definitive Diagnose von Vorhofflimmern sollte nicht ohne einen Arzt erfolgen“, betonte Prof. Thomas Deneke von der Herz- und Gefäßklinik Bad Neustadt, Sprecher der Arbeitsgruppe Rhythmologie in der DGK. Besonders schwierig wird es bei jener Minderheit der Patienten, die ihre selbst erstellte Vorhofflimmern-Diagnose mit-

bringen, aber angeben, keinerlei Symptome zu haben. Sollten diese Patienten bei entsprechendem CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC-Score oral antikoaguliert werden?

## „Extrem schwierige Frage“

„Das ist eine extrem schwierige Frage. Wir haben dazu noch keine guten Daten“, so Deneke. Auch die ESC-Leitlinien helfen nicht wirklich weiter. Die darin enthaltene Screening-Empfehlung bezieht sich primär auf die gelegentliche Pulsmessung bei älteren Patienten. „Das sind nicht die, die mit Wearables rumlaufen“, so Deneke. Er sei überzeugt, dass sich durch systematisches Screening mit anschließender Antikoagulation Schlaganfälle reduzieren ließen. Wie genau ein optimaler Screening- und Therapiealgorithmus aussieht, der möglichst viele Schlaganfälle verhindert und zu möglichst wenigen Blutungskomplikationen führt, sei bisher aber unklar.

Wichtige Daten werden Studien liefern, die derzeit die orale Antikoagulation bei Patienten mit subklinischem, von kardialen Implantaten zufällig aufgezeichnetem Vorhofflimmern untersuchen, etwa die NOAH-Studie mit Edoxaban und die ARTESIA-Studie mit Apixaban. Falls diese eine Verringerung des Schlaganfallrisikos zeigen, dürfte über breiter aufsetzende Screening- und Antikoagulationsstudien unter Einsatz digitaler Technologien noch intensiver diskutiert werden.

■ Philipp Grätzel

▪ Pressekonferenz DGK Herbsttagung; 11.10.2018



Alles im grünen Bereich?

© alexey\_boldin / stock.adobe.com