

KRITISCH GELESEN

Aktuelle Studien – referiert und kommentiert von Experten



Prof. Dr. med.
H. Holzgreve
Internist,
München



Prof. Dr. med.
G. Klose
Facharztpraxis für
Innere Medizin,
Gastroenterologie,
Kardiologie, Bremen



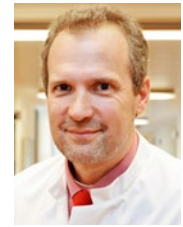
Prof. em. Dr. med.
Dr. h. c. D. Reinhardt
Kinderklinik und
Kinderpoliklinik im
Haunerschen Kinder-
spital, München



Prof. Dr. med.
H.-C. Diener
Klinik für Neuro-
logie, Universitäts-
klinikum Essen



Prof. Dr. med.
B. Steinhoff
Epilepsiezentrum
Kork, Kehl am
Rhein



Prof. Dr. med.
H. J. Heppner
Geriatrische Klinik
und Tagesklinik,
Helios Klinikum
Schwelm

Nach VHF-Diagnose zwei Tage warten

Bei neu aufgetretenem, symptomatischem Vorhofflimmern (VHF) muss nicht sofort die Kardioversion eingeleitet werden. Es ist durchaus vertretbar, eine 48-stündige „Wait and watch“-Periode einzulegen.

— In eine multizentrische Studie wurden 427 Patienten aufgenommen, bei denen in den letzten 36 Stunden ein symptomatisches VHF aufgetreten war, die jedoch hämodynamisch stabil blieben. Randomisiert wurde entweder möglichst bald die elektrische Kardioversion eingeleitet oder abgewartet. Den Patienten der zweiten Gruppe wurden lediglich Betablocker, Nicht-Dihydropyridin-Kalziumantagonisten oder Digoxin verabreicht, bis die Herzfrequenz unter 110/min lag. Sie wurden entlassen und 48 Stunden später zu einem Kontrolltermin einbestellt. Bei persistierendem VHF wurden sie dann kardiovertiert.

Der Endpunkt der Studie, Sinusrhythmus nach vier Wochen, wurde in beiden Gruppen gleich häufig erreicht: nach sofortiger Kardioversion bei 94% nach Abwarten und Beobachten bei 91% der Patienten. Weder bei der Rate der VHF-Rezidive (29% vs. 30%) noch bei den kardialen Komplikationen (10 vs. 8 Ereignisse) ergaben sich Unterschiede zwischen den Gruppen.

In der zweiten Gruppe kehrten 69% der Patienten während des zweitägigen

Abwartens unter medikamentöser Frequenzkontrolle spontan zum Sinusrhythmus zurück. In der ersten Gruppe waren es 16%, die schon während der Vorbereitungen zur sofortigen Elektroschocktherapie wieder einen Sinusrhythmus aufwiesen. Durch Abwarten verringerte sich die Zahl der indizierten Kardioversionen erheblich.

■ *Pluymaekers NAHA, Dudink EAMP, Luermans JGLM et al. Early or delayed cardioversion in recent-onset atrial fibrillation. N Engl J Med 2019;380:1499–508*

KOMMENTAR

Bei neu auftretendem VHF wird üblicherweise möglichst schnell eine elektrische oder pharmakologische Kardioversion angestrebt. Es wird argumentiert, dass sich die Arrhythmie stabilisieren und therapierefraktär werden könnte. Die Studie zeigt jedoch eindeutig, dass sich die Erfolgsrate nach vier Wochen durch einen Aufschub der Rhythmisierung um zwei Tage nicht verschlechtert. Dies erleichtert das Vorgehen erheblich: Niedergelassene Ärzte können statt der sofortigen Klinikeinweisung eine EKG-Kontrolle nach zwei Tagen ansetzen und

die Persistenz der Rhythmusstörung überprüfen. Wichtig aber bleibt: Patienten mit VHF sind Schlaganfallgefährdet und bedürfen in jedem Fall einer geeigneten Prophylaxe.

Prof. Dr. med. H. Holzgreve



Vorhofflimmern: erste Diagnose per EKG.

© AlexRathis/Getty Images/Stock