

Liebe Leserinnen und Leser,

Rund 8700 Patienten sind mittlerweile in das Vorhofflimmer-Register eingeschlossen. Zurzeit läuft eine detaillierte Zwischenauswertung, die eine Reihe interessanter Ergebnisse über das Vorkommen und die Behandlung von Vorhofflimmern in Deutschland ans Licht bringen wird.



Aus der Forschung stellen wir Ihnen in diesem Newsletter das Teilprojekt B3 vor, in dem es um die Akutkonversion von Vorhofflimmern geht. Im nebenstehenden Beitrag informiert Projektleiter PD Dr. Thorsten Lewalter über

den aktuellen Stand der Studie. Auf Seite 2 dieses Newsletters finden Sie wieder ein interessantes Fallbeispiel einer Komplikation des Vorhofflimmerns. In dieser Rubrik „Kasuistik aus dem CEC“ handelt es sich um Fälle, die im AFNET aufgetreten sind, ausgewählt, beschrieben und kommentiert von den Mitarbeitern des Critical Event Committee (CEC).

Zum Jahreswechsel findet auch im AFNET-Vorstand ein Wechsel statt: Prof. Dr. Ursula Ravens, Dresden, wird Prof. Dr. Peter Hanrath ablösen (mehr dazu auf Seite 2).

Ich wünsche allen Mitarbeitern, Mitgliedern und Freunden des Kompetenznetzes erholsame Weihnachtstage und ein gutes neues Jahr.

Ihr Gerhard Steinbeck

Kardioversion von Vorhofflimmern: wann ist der richtige Zeitpunkt?

Immer wiederkehrende Episoden von Vorhofflimmern sind ein häufiges Problem im klinischen Alltag. Die Symptome des Patienten reichen von subjektivem Unwohlsein über Herzstolpern und Schwindel bis hin zu potentiell gefährlichen Komplikationen wie Synkopen. Weiterhin besteht ab einer gewissen Dauer der Vorhofflimmer-episoden ein erhöhtes Risiko für kardioembolische Ereignisse wie Schlaganfällen aufgrund von Thrombenbildungen im linken Vorhof. Häufig wird deshalb die Indikation zur Terminierung des Vorhofflimmerns mittels Kardioversion gestellt. Diese wird überwiegend in Form der externen elektrischen Kardioversion durchgeführt, das heißt der Sinusrhythmus wird durch einen Elektroschock wieder hergestellt.

Bisher ist allerdings nicht bekannt, welches der optimale Zeitpunkt für die Durchführung einer elektrischen Kardioversion ist. Für ein möglichst rasches Handeln spricht die Beobachtung des „elektrischen Remodeling“. Hierunter versteht man zeitabhängige elektrophysiologische Veränderungen in den Vorhöfen, die erneute und länger anhaltende Vorhofflimmerepisoden begünstigen. Die möglichst rasche Kardioversion mit dem geringsten klinisch realisierbaren Remodeling wäre daher am ehesten geeignet, die Rate an Frührezidiven zu senken, und damit auch die Gesamtrate an Sinus-rhythmischen Patienten im Verlauf zu erhöhen. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass akut aufgetretenes Vorhofflimmern eine hohe Spontan-Konversionsrate zeigt, die etwa bei 50 – 70 Prozent innerhalb von 48 Stunden liegt. In diesen Fällen würde man durch eine rasche Kardioversion eine überflüssige und mit unerwünschten Wirkungen behaftete Maßnahme durchführen, die den Patienten wie den Arzt unnötig belastet. Der optimale Zeitpunkt für die Kardioversion bei akut aufgetretenem Vorhofflimmern ist somit bislang unklar.

Zur Klärung dieser Frage soll jetzt die KONVERT-AF-Studie beitragen, die im Rahmen des Kompetenznetzes Vorhofflimmern (Teilprojekt B3) unter der Leitung von PD Dr. Thorsten Lewalter, Bonn, deutschlandweit durchgeführt werden soll. Ziel der mit öffentlichen Mitteln geförderten und von der Firma Novartis zusätz-



Teilprojektleiter PD Dr. Thorsten Lewalter, Bonn

lich unterstützten Studie ist es, zu untersuchen, ob eine „frühe“ elektrische Kardioversion gegenüber einer „verzögerten“ elektrischen Kardioversion zu einer verringerten Rate an Vorhofflimmer-Rezidiven innerhalb der ersten drei Monate nach der Kardioversion führt. In der prospektiven, randomisierten Parallelgruppenstudie werden die Patienten mit akut aufgetretenem symptomatischem Vorhofflimmern in zwei Gruppen randomisiert. In der einen findet die Kardioversion nach mindestens zwei, aber innerhalb von zwölf Stunden nach Beginn des Vorhofflimmerns statt, in der anderen zwischen 36 und 48 Stunden nach Arrhythmiebeginn. Da bei Patienten mit akutem Vorhofflimmern mit einer Dauer von weniger als 48 Stunden die Rate an thromboembolischen Komplikationen niedrig ist, wird es als zulässig erachtet, innerhalb dieses Zeitraumes Kardioversionen auch beim nicht-antikoagulierten Patienten durchzuführen.

Durch systematische, tägliche Tele-EKG-Aufzeichnungen wird sichergestellt, dass auch asymptomatische Vorhofflimmer-Rezidive erfasst werden können, das heißt Vorhofflimmer-Episoden, die der Patient selbst gar nicht bemerkt. Mit dem scheckkartengroßen Tele-EKG-Gerät zeichnet der Patient sein EKG selbst auf und übermittelt es dann per Telefon an die zentrale Auswertestelle beim Institut für klinisch-kardiovaskuläre Forschung (IKKF), München. Die Studie läuft über drei Monate, primärer Endpunkt ist die Zeit bis zum ersten Vorhofflimmer-Rezidiv. Es ist geplant, deutschlandweit 380 Patienten einzuschließen.

Von Thorsten Lewalter und Markus Linhart

Zur Kontrolle wird jeder Studienteilnehmer mit einem Tele-EKG-Gerät ausgestattet.

Fotos: UK Münster



Wechsel im AFNET-Vorstand

Prof. Dr. Peter Hanrath tritt in den Ruhestand und scheidet zum Ende dieses Jahres aus dem AFNET-Vorstand aus. Seit Beginn des Kompetenznetzes im Jahr 2003 war er für den Bereich C – Pathophysiologie verantwortlich, der unter seiner Leitung vielversprechende Forschungsergebnisse hervorgebracht hat. Neues Vorstandsmitglied und damit auch neue Leiterin der Grundlagenforschung im AFNET wird ab 1. Januar 2006 Prof. Dr. Ursula Ravens, Dresden. Sie ist Professorin für Pharmakologie und seit 1997 Direktorin des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie an der Technischen Universität Dresden.



Neues Vorstandsmitglied Prof. Dr. Ursula Ravens

Kasuistik aus dem Critical Event Committee (CEC)

Bei einem 54jährigen Patienten wird paroxysmales VHF diagnostiziert. Außer einem Body-Mass-Index von 33,6 (170 cm, 97 kg) sind bei dem Patienten keine kardiovaskulären Risikofaktoren oder Vorerkrankungen bekannt. Da das Vorhofflimmern über mehrere Tage symptomatisch anhält, ist der Patient zur elektrischen Kardioversion (Elektroschock zur Behandlung der Herzrhythmusstörungen) vorgesehen. Die geplante transösophageale Echokardiographie (Schluck-Echo) zum Ausschluss eines Blutgerinnsels im Vorhof vor elektrischer Kardioversion wird nicht durchgeführt, da es vorher zu einem spontanen Umspringen in den Sinusrhythmus kommt. Der Patient wird medikamentös eingestellt auf Betablocker und Acetylsalicylsäure (300 mg ASS). Einige Wochen später treten heftigste Schmerzen im linken Bein auf, die nach Gefäß-



Echokardiogramm: UK Aachen

darstellung auf einen embolischen Verschluss der Arteria iliaca communis links (Beinschlagader) durch einen Thrombus (Blutgerinnsel) zurückzuführen sind. Eine sofortige Embolektomie durch den Chirurg wird erforderlich. Bei der Monitorüberwachung wird bei dem Patienten ein häufiges Umspringen vom Sinusrhythmus in Vorhofflimmern beobachtet. Als Quelle kann im transösophagealen Echokardiogramm jetzt ein mobiler Thrombus im linken Vorhof gefunden werden. Der Patient wird daraufhin auf ein blutverdünnendes Medikament (Vitamin-K-Antagonist) sowie zur Rhythmusstabilisierung auf ein Antiarrhythmikum (Flecainid) eingestellt.

Kommentar: Als antithrombotische Therapie bei Patienten unter 60 Jahren mit sogenanntem „Lone Atrial Fibrillation“ (Vorhofflimmern ohne weitere Herzerkrankungen) und ohne Risikofaktoren für einen Schlaganfall empfehlen die amerikanischen und europäischen kardiologischen Fachgesell-

schaften die Gabe von 325 mg Acetylsalicylsäure oder gar keine Therapie. Es handelt sich hierbei um eine Empfehlungsstärke der Klasse I, das heißt, es gibt eine gute Evidenz oder allgemeine Akzeptanz, dass dieses Vorgehen im Allgemeinen nützlich und effektiv ist. In einzelnen Fällen können dennoch – wie bei unserem Patienten – auch schwere Komplikationen durch eine nicht erfolgte Blutverdünnung entstehen. Es stellt sich hier die Frage, ob man für vier Wochen nach der (in diesem Fall spontanen, aber eigentlich geplanten) elektrischen Kardioversion nicht doch einen Vitamin-K-Antagonisten hätte geben sollen. Dies wäre bei einem asymptomatischen Patienten aufgrund der nicht bekannten Dauer des Vorhofflimmerns sicher sinnvoll gewesen. Aber auch bei einem symptomatischen Patienten könnte aufgrund des ebenfalls möglichen asymptomatischen Beginns ein derartiges Vorgehen sinnvoll sein. Dieser Fall zeigt, dass die systematische Dokumentation und Bewertung solcher kritischen Ereignisse in einem der größten Vorhofflimmerregister weltweit u.U. eine bessere Anpassung der Leitlinien und Empfehlungen ermöglicht.

Das Critical Event Committee (CEC):
Prof. Dr. Michael Oeff, Brandenburg/Havel (Leiter)
Prof. Dr. Ulrich Tebbe, Detmold
Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Berlin
Dr. Karl Häusler, Berlin
Ute Wolf, Brandenburg/Havel (Studienärztin)

SAE-Zentrum Brandenburg/Havel
Hochstraße 29, 14770 Brandenburg
Tel: 03381/41-15 73, Fax: -15 69
Email: wolf@klinikum-brandenburg.de



Terminkalender

19.-22.02.2006 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Hamburg, CCH: gemeinsamer Infostand der Kompetenznetze Angeborene Herzfehler, Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern

Impressum
Kompetenznetz Vorhofflimmern

Vorstand:
Prof. Dr. Günter Breithardt, Münster
Prof. Dr. Peter Hanrath, Aachen
Prof. Dr. Thomas Meinertz, Hamburg
Prof. Dr. Gerhard Steinbeck, München

Geschäftsführer: Dr. Thomas Weiß, Münster

Redaktion: Dr. Angelika Leute (V.i.S.d.P.)

Universitätsklinikum Münster / Netzwerkzentrale
Domagkstraße 11, 48149 Münster
Tel.: 0251 / 83-45341, Fax.: 0251 / 83-45343
E-Mail: info@kompetenznetz-vorhofflimmern.de
www.kompetenznetz-vorhofflimmern.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung