



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2007

**Medikamentöse Therapie bei sehr alten Patienten
mit Vorhofflimmern in der täglichen Praxis:
Einfluss von CHADS2-Score und Alter**

PD Dr. Ulrich Lotze, Friedrichsroda

Samstag, 14. April 2007 (Saal 9), 14.30 – 16 Uhr

Vorhofflimmern ist besonders bei Patienten im Alter von 80 Jahren und darüber mit einer Prävalenz von etwa neun Prozent ein zunehmendes klinisches Problem und häufig Ursache von Schlaganfall, Herzinsuffizienz und gesteigerter Mortalität. Aber in den meisten auch größeren Untersuchungen über Vorhofflimmern einschließlich des aktuellen Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation sind gerade diese sehr alten Patienten unterrepräsentiert. Daher war es Ziel der vorliegenden Studie, die Daten von Patienten im Alter von 80 Jahren und älter zu analysieren, die in unserem kommunalen Krankenhaus wegen Vorhofflimmern behandelt wurden.



PD Dr. Ulrich Lotze

Methoden

In dieser retrospektiven Untersuchung wurden alle Patienten im Alter von mindestens 80 Jahren, die auf der kardiologischen Station über den Zeitraum eines Jahres mit Vorhofflimmern aufgenommen worden waren, im Hinblick auf den Typ des Vorhofflimmerns, ihre klinischen Daten, eine Frequenz oder Rhythmus kontrollierenden Therapie sowie bezüglich des Einflusses des CHADS2-Scores (Kardiale Insuffizienz, Hypertonie, Alter > 75 Jahre, Diabetes

mellitus/jeweils 1 Punkt sowie ein früherer Schlaganfall oder eine transitorische ischämische Attacke/2 Punkte) und des Alters auf die antithrombotische Therapie bei Entlassung analysiert.

Ergebnisse

Von Oktober 2004 bis September 2005 konnten 193 konsekutive Patienten (mittleres Alter: 84,6 + 4,0 Jahre; Spannweite: 80 - 101 Jahre; 55 Männer, 138 Frauen) in diese retrospektive Studie eingeschlossen werden. Bei 64 Prozent (123/193) der Patienten lag ein permanentes Vorhofflimmern vor, und 36 Prozent (70/193) der Patienten zeigten einen anderen Typ von Vorhofflimmern. 63 Prozent (112/193) der Patienten klagten über mit dem Vorhofflimmern assoziierte Symptome wie Palpitationen, Dyspnoe, Angina Pectoris, Schwindel, Synkope, Leistungsminderung oder andere unspezifische Beschwerden. Internistische Begleiterkrankungen im Sinne der CHADS2-Risikokriterien wurden bei 93 Prozent (180/193) der Patienten gefunden. Einundsiebzig Patienten (37 %) hatten einen früheren oder akuten Apoplex oder eine transitorische ischämische Attacke. Von den 193 Patienten starben 21 Patienten (11 %) während des stationären Aufenthaltes aus kardialer Ursache (n = 14) oder einem anderen Grund (n = 7). Bei den überlebenden Patienten (n = 172) fand sich folgende Verteilung des CHADS2-Scores: CHADS2 1 = 7,6 Prozent, CHADS2 2 = 32 Prozent, CHADS2 3 = 34,9 Prozent, CHADS2 4 = 18 Prozent, CHADS2 5 = 6,4 Prozent, und CHADS2 6 = 1,1 Prozent.

Eine Kardioversion in den Sinusrhythmus konnte bei zehn Prozent (18/172) der überlebenden Patienten erreicht werden, wobei 83 Prozent (15/18) dieser Patienten eine medikamentöse Rezidivprophylaxe mittels β -Blocker (n = 15) und in einigen Fällen zusätzlich Amiodaron (n = 3) erhielten. Fünfzehn (83 %) der kardiovertierten Patienten waren symptomatisch und drei Patienten (17 %) asymptomatisch. Zum Zeitpunkt der Entlassung wurden 80 Prozent (138/172) der Patienten unabhängig vom Alter mit einer Frequenz kontrollierenden Medikation behandelt. Nur 23 Prozent (39/172) der Patienten erhielten eine orale Antikoagulation (OAC) in Form von Phenprocoumon entweder aufgrund fehlender Compliance (n = 110), zum Beispiel bei Altersdemenz, Multiinfarktsyndrom oder Ablehnung durch den Patienten, oder infolge der klinischen Gesamtsituation (n = 23), zum Beispiel bei Sturzgefahr, Blutungsanamnese, maligner Erkrankung oder überwiegender Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit. Der INR-Zielwert lag generell bei 2,0 - 3,0, allerdings wurde auch bei einigen sehr alten Patienten nur ein INR-Wert von 2,0 - 2,5 angestrebt. Patienten über 85 Jahre bekamen hierbei weniger häufig eine OAC als Patienten im Alter von 80 - 84 Jahren (7 % vs. 31 %, p < 0,001). Die CHADS2-Scores unterschieden sich in der Gruppe mit OAC (n = 39) und der Gruppe ohne OAC (n = 133) nicht voneinander (2,88 + 1,11 vs. 2,82 + 0,88, n.s.). Sechszwanzig Prozent (45/172) der Patienten wurden alternativ zur oralen Antikoagulation mit subkutanem niedermolekularem Heparin (Enoxaparin oder Certoparin) und mit oder ohne Thrombozytenaggregationshemmern behandelt. Insgesamt 40 Prozent (68/172) beziehungsweise 26 Prozent (44/172) der Patienten erhielten Acetylsalicylsäure und/oder Clopidogrel alleine oder als zusätzliche Therapie zum niedermolekularen Heparin. Bei neun Prozent (16/172) der Patienten bestand keine antithrombotische Therapie bei Entlassung.

Fazit

Bei über 90 Prozent der Patienten mit Vorhofflimmern im Alter von 80 Jahren und darüber betrug der CHADS2-Score mindestens 2, was für ein hohes Schlaganfallrisiko spricht. In der täglichen klinischen Praxis konnte jedoch nur bei

einem Fünftel bis einem Viertel dieser Patienten eine OAC verabreicht werden, unabhängig vom CHADS2-Score und mit einer starken Abnahme in der Altersgruppe über 85 Jahre. Um eine Verbesserung der klinischen Symptomatik zu erreichen, wurde die Frequenzkontrolle im Vergleich zur Rhythmuskontrolle weitaus häufiger als Behandlungsstrategie gewählt. Abschließend lässt sich aus diesen Daten eine Divergenz zwischen Leitlinien und klinischem Alltag sowie der dringende Bedarf von alternativen sicher anwendbaren und ebenso effektiven antithrombotischen Substanzen zur Schlaganfallsprophylaxe für diese Altersgruppe von Patienten mit Vorhofflimmern ableiten.



