

Zwei Drittel der Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern konvertieren innert 48 Stunden spontan in einen Sinusrhythmus

Frage:

Vergleich der Ergebnisse – Sinusrhythmus nach 4 Wochen – nach früher oder verzögerter Kardioversion bei Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern.

Hintergrund:

Bei Patienten mit neu aufgetretenem, symptomatischem Vorhofflimmern wird oft eine schnelle Wiederherstellung eines Sinusrhythmus mit Medikamenten oder einer elektrischen Konversion versucht. Da aber bei einem grossen Teil der Menschen das Vorhofflimmern spontan in einen Sinusrhythmus konvertiert, stellt sich die Frage, ob diese Intervention notwendig ist oder zugewartet werden kann. Wenn die zuwartende Alternative zu keinen »schlechteren« Ergebnissen führt, könnten mit Zuwarten Hospitalisationen verringert werden.

In dieser Studie wird untersucht ob eine abwartende Haltung zu keinen schlechteren Ergebnissen führt als ein sofortiger Konversionsversuch mit Medikamenten oder elektrischer Konversion.

Einschlusskriterien:

- Patienten älter als 18 Jahre, die wegen eines symptomatischen Vorhofflimmerns die Notfallstation aufsuchten
- Neu aufgetretenes Vorhofflimmern (musste nicht die erste Episode sein), neu aufgetreten war definiert mit weniger als 36 Stunden Dauer; hämodynamisch stabil
- Keine Zeichen eines Herzinfarktes
- Eine früher durchgeführte elektrische Kardioversion war keine Kontraindikation

Ausschlusskriterien:

- Patienten, die schon einmal ein länger dauerndes Vorhofflimmern mit einer Dauer von mehr als 48 Stunden hatten

Studiendesign und Methode:

Randomisierte Studie, non-inferiority Design

Studienort:

15 Spitäler in den Niederlanden

Interventionen:

- Gruppe 1 »Verzögerte Kardioversion«: diesen Patienten wurden Medikamente zur Frequenzkontrolle (β -Blocker oral oder i.v., Digoxin oder Kaluzimkanalblocker vom nicht-Dihydropyridintyp) verabreicht bis die Symptome verschwanden und die Herzfrequenz unter 110 Schläge pro Minute lag. Patienten wurden dann nach Hause entlassen und für eine Kontrolluntersuchung nach 48 Stunden bestellt. Wenn der Patient immer noch Vorhofflimmern hatte wurde er in den Notfall für eine Kardioversion überwiesen.
- Gruppe 2 »Frühe Kardioversion«: in erster Linie medikamentös, meist mit Flecainid; eine elektrische Kardioversion wurde durchgeführt bei Kontraindikationen für eine medikamentöse Kardioversion oder bei Patienten bei denen früher schon eine medikamentöse Kardioversion nicht erfolgreich war.
- Alle: eine Antikoagulation wurde vor oder unmittelbar nach der 'Rhythmustherapie' entsprechend den europäischen Guidelines durchgeführt, basierend auf der CHA₂DS₂-VASC-Skala.

Outcome:

Primärer Outcome

- Sinusrhythmus nach 4 Wochen

Resultat:

- 437 Patienten wurden randomisiert; das mittlere Alter betrug 65 Jahre, 40% waren Frauen, bei 44% war es die erste Vorhofflimmern-Episode; Palpitationen waren das häufigste Symptom.
- 175 Patienten waren bereits bei der Visite im Notfall antikoaguliert und bei 127 Patienten wurde zu Beginn der Studie mit einer Antikoagulation begonnen.
- Sinusrhythmus nach 4 Wochen; bei 91% in der Gruppe mit »verzögerter Kardioversion« und 94% in der Gruppe mit »früher Kardioversion«. Diese Ergebnisse sprechen für eine Non-inferiorität der einen Therapie im Vergleich zur anderen.
- In beiden Gruppen trat während der ersten 4 Wochen bei 30% ein Rezidiv des Vorhofflimmerns auf.
- Zwei Drittel der Patienten (68%) in der Gruppe »verzögerte Kardioversion« konvertierten innert 48 Stunden spontan. Nach der »verzögerten Kardioversion« konvertierten weitere 16%.
- Kardiovaskuläre Komplikationen waren in beiden Gruppen gleich häufig; bei je einem Patienten in beiden Gruppen trat ein Schlaganfall oder eine TIA auf.

Kommentar:

- Nach den Ergebnissen dieser Studie ist bei Patienten mit neu aufgetretenem Vorhofflimmern eine primär abwartende Haltung (nur Frequenzkontrolle) einer sofortigen Kardioversion, gemessen am Anteil von Patienten mit einem Sinusrhythmus nach 4 Wochen, nicht unterlegen.

Literatur:

Pluymaekers NAHA et al. Early or Delayed Cardioversion in Recent-Onset Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2019.doi: 10.1056/NEJMoa1900353.

Verfasser:

Johann Steurer