



## Und anderswo ...?

### Subklinisches Vorhofflimmern (VHF) und Schlaganfall

#### Fragestellung

Es ist bekannt, dass ca. 15% der Schlaganfälle durch VHF und 50 bis 60% durch eine Atheromatose der Hirngefäße bedingt sind. Bei ca. 25% ist die Ursache unbekannt. Entstehen diese aufgrund von Episoden subklinischen VHF?

#### Methode

2580 Hypertoniepatienten >65 Jahre, denen ein Herzschrittmacher oder ein implantierbarer Defibrillator (ICD) eingepflanzt wurde, nahmen an einem 2,5-jährigen Follow-up teil. An der Studie waren 23 Länder beteiligt. Während 3 Monaten nach der Implantation wurden VHF- oder Tachyarrhythmien, definiert als eine länger als 6 min andauernde HF >190/min, von den Geräten aufgezeichnet. Anschliessend wurde die Zahl der peripheren Embolien und Schlaganfälle während der Studiendauer erfasst.

#### Resultate

In den ersten 3 Monaten nach der Implantation erlitten 261 Patienten (10,1%) mindestens eine Episode eines subklinischen VHF. Während des restlichen Follow-up erlebten weitere 633 Patienten (24,5%) eine Episode subklinischen VHF. Bei subklinischem VHF oder Tachyarrhythmien in den ersten 3 Monaten war das Schlaganfallrisiko im Vergleich zu Patienten ohne subklinisches VHF um 2,5% erhöht (11 von 261 Patienten,  $p = 0,007$ ). Je länger die Episoden, desto höher war das Risiko. Bei Episoden >18 Stunden betrug das jährliche Risiko fast 5%. Bemerkenswert ist ferner, dass das Risiko für klinisches (stabiles) VHF bei Patienten mit einer Episode subklinischen VHF in den ersten drei Monaten um das 5,6fache erhöht war.

#### Probleme

Bei der Studienpopulation handelte es sich um relativ alte Hypertoniepatienten, bei denen die Implantation eines Herzschrittmachers bzw. ICD erforderlich war. Die Resultate sind auf eine «gesündere» Population, bei der die Zahl der subklinischen VHF-Episoden per definitionem unbekannt ist, wahrscheinlich nicht übertragbar. Zudem weiss man nicht, ob alle Schlaganfälle unbekannter Ätiologie durch subklinisches VHF bedingt sind.

#### Kommentar

Die Studie bestätigt, dass das Risiko für Schlaganfälle oder periphere Embolien beim Auftreten von Episoden subklinischen VHF um mehr als das Doppelte erhöht ist. Sollten also alle Patienten >65 Jahre mit Herzschrittmacher oder ICD eine Antikoagulationsbehandlung erhalten? Der Editorlist des N Engl J Med ist nicht dieser Meinung und denkt, dass der CHADS<sub>2</sub>-Score zur Bestimmung der Patienten, die Antikoagulanzen benötigen, ausreicht. Dies ist jedoch nur eine Meinung, und die obige Frage bleibt weiterhin ungeklärt. Sie sollte daher in einer oder mehreren neuen Studien geklärt werden!

N Engl J Med. 2012;366:120. / AdT

**Nephroprotektion und Diabetes: erste Enttäuschung!** Sulodexid, ein Glycosaminoglykan, von dem man annahm, dass es durch eine Änderung der elektrischen Ladung der Basalmembran und eine lokale entzündungshemmende Wirkung eine Reduktion des Albuminverlusts über den Urin bewirkt, wurde kürzlich in einer grossen randomisierten Studie dahingehend beurteilt, ob es die Progression einer diabetischen Nephropathie bei Patienten mit bereits ausgeprägter Proteinurie verhindern kann. Das enttäuschende Ergebnis: keinerlei Nutzen nach einem durchschnittlichen Follow-up von 11 Monaten.

J Am Soc Nephrol. 2012;23:123–30. / FS

**Nephroprotektion und Diabetes: zweite Enttäuschung!** Eine weitere Enttäuschung: Pyridorin ist ein Vitamin-B<sub>6</sub>-Derivat, das die Bildung von AGE hemmt, d.h. Endprodukten einer fortgeschrittenen Glykosylierung, deren schädliche Wirkung auf die Nieren bekannt ist. In einer randomisierten prospektiven Studie konnte jedoch nach 12-monatiger Behandlungsdauer kein Nutzen des Medikaments in Bezug auf die Nierenfunktion bei niereninsuffizienten Diabetikern festgestellt werden. Bei Analysen von Untergruppen wurde aber anscheinend ein Nutzen bei Patienten mit anfänglich leichter Niereninsuffizienz festgestellt, was Hoffnung für zukünftige Studien gibt ...

J Am Soc Nephrol. 2012;23:131–6. / FS

**Komorbidität und Komplexität sind nicht identisch.** Vierzig Hausärzte sahen die Krankengeschichten von 4300 Patienten aus ihrer Praxis durch. Etwa 25% wurden als komplexe Fälle beurteilt. Alter, ungenügend kontrollierter Diabetes, Einnahme von antipsychotischen Medikamenten, Krankheiten in Zusammenhang mit Alkohol und Versicherungsprobleme sind unabhängige Determinanten für die Komplexität eines Falles. Diese wird als multidimensional beurteilt, die Feststellung einer Komorbidität allein genügt nicht, um komplexe Fälle zu identifizieren. Weder mit Tarifpunkten noch den DRG lässt sich also die vom Hausarzt in diesen komplexen Situationen geleistete Arbeit richtig ermesen!

Ann Intern Med. 2011;155(12):797–804. / GW

Autoren: Antoine de Torrenté (AdT), Fabien Stucker (FS), Gérard Waeber (GW)