



**DGK.**

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2017“**

## **Höherer Anteil stattgehabter Schlaganfälle bei asymptomatischen/ oligosymptomatischen versus symptomatischen Patienten mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern in Deutschland – Ergebnisse aus dem GLORIA-AF Register**

**Dr. Steffen Christow, Ingolstadt**

Vorhofflimmern (AF) ist die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung weltweit. Morbidität und Mortalität werden entscheidend durch ein 5-7fach erhöhtes Schlaganfallrisiko beeinflusst.<sup>1,2</sup> Vitamin K-Antagonisten (VKA) und Nicht-VKA orale Antikoagulanzen (NOAC) verhindern die meisten ischämischen Schlaganfälle und senken so die Mortalität bei Patienten mit Vorhofflimmern und zusätzlichen Risikofaktoren für Schlaganfall.<sup>3,4</sup> Asymptomatisches Vorhofflimmern („silent“ AF) ist häufig und kann lange unentdeckt bleiben.<sup>5</sup> Nicht selten ist dann der Schlaganfall die erste Manifestation der Arrhythmie.<sup>6</sup>

GLORIA-AF (Global Registry on Long-Term Oral Antithrombotic Treatment in Patients with Atrial Fibrillation) ist ein globales Register zur Beobachtung von bis zu 56.000 Patienten mit neu diagnostiziertem, nicht-valvulärem Vorhofflimmern (NVAF) und zusätzlichen Risikofaktoren für Schlaganfall unter klinischen Alltagsbedingungen in 44 Ländern weltweit.<sup>7</sup> Ziele von GLORIA-AF<sup>7</sup> sind einerseits die Untersuchung von Patientencharakteristika, die die Wahl der antithrombotischen Therapie bei Patienten mit neu diagnostiziertem NVAF und zusätzlichen Risikofaktoren für einen Schlaganfall in verschiedenen Regionen der Welt beeinflussen. Andererseits sollen die Art der antithrombotischen Therapie beschrieben und Daten zur Sicherheit und Zuverlässigkeit der VKA und NOAC in der klinischen Praxis gesammelt werden.



Dr. Steffen Christow

In der vorliegenden Subanalyse der Phase II von GLORIA-AF wurden die Charakteristika von Patienten mit asymptomatischem/oligosymptomatischem und von Patienten mit symptomatischem Vorhofflimmern deutschlandweit verglichen. Phase II begann in jedem Teilnehmerland nach der Einführung von Dabigatran, dem ersten für die klinische Anwendung zugelassenen NOAC, im jeweiligen Land (Abbildung 1). Haupteinschlusskriterien waren neu diagnostiziertes NVAF (innerhalb 3 Monate vor der Baseline-Visite) bei konsekutiven Patienten mit Risikofaktoren für Schlaganfall



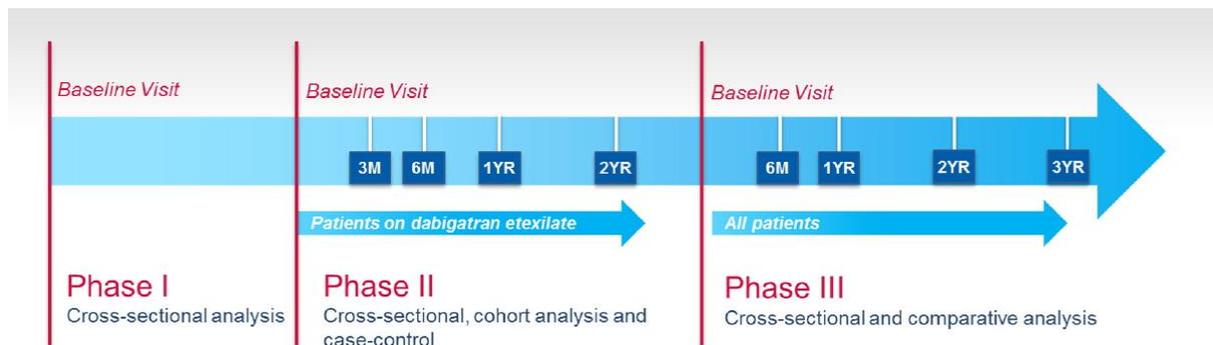
# DGK.

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: presse@dgk.org  
Web: www.dgk.org

## Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2017“

(CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc Score  $\geq 1$ ). Ausschlusskriterien waren (1) künstliche Herzklappen oder Klappenerkrankungen mit zu erwartendem Klappenersatz, (2) vorausgegangene VKA-Therapie für mehr als 60 Tage aus irgendeinem Grund, (3) reversibles Vorhofflimmern, (4) Lebenserwartung  $< 1$  Jahr, (5) Notwendigkeit einer Antikoagulation aus anderen Gründen als AF. Die Einteilung in beide Gruppen wurde entsprechend der European Heart Rhythm Association (EHRA)-Klassifikation<sup>8</sup> vorgenommen: asymptomatisch/oligosymptomatisch = EHRA I-II; symptomatisch = EHRA III-IV.



**Abbildung 1:** Design des GLORIA-AF Registers<sup>7</sup>

Die Charakteristika der 1.216 eingeschlossenen Patienten sind in der Tabelle dargestellt. 747 (61 %) der Patienten mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern waren asymptomatisch/ oligosymptomatisch. 17,8% der asymptomatischen/ oligosymptomatischen Patienten hatten bereits einen Schlaganfall vor Einschluss in das Register, verglichen mit 6,0% der symptomatischen Patienten. Diese Patienten waren älter (42,8% vs. 38,8%  $\geq 75$  Jahre), häufiger männlich (59,4% vs. 51,2%) und hatten mehr permanentes Vorhofflimmern (10,2% vs. 4,5%) als die symptomatischen AF-Patienten. Eine Herzinsuffizienz (18,1% vs. 36,2%) und eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion von  $< 40\%$  (28,9% vs. 37,1%) waren seltener in der Gruppe mit asymptomatischem/ oligosymptomatischem Vorhofflimmern. Das Schlaganfallrisiko, gemessen am CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc Score, war in beiden Gruppen gleich ( $3,4 \pm 1,5$ ), während das Blutungsrisiko entsprechend des HAS-BLED Scores bei den asymptomatischen/ oligosymptomatischen Patienten signifikant höher war ( $1,4 \pm 1,0$  vs.  $1,3 \pm 0,8$ ).

Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass in Deutschland fast zwei Drittel der Patienten mit neu diagnostiziertem, nicht-valvulärem Vorhofflimmern asymptomatisch bzw. oligosymptomatisch sind. Die dreifach erhöhte Schlaganfallrate bei diesen Patienten, verglichen mit symptomatischen AF-Patienten, ist am ehesten durch die längere Dauer des unentdeckt gebliebenen Vorhofflimmerns zu erklären. Diese Ergebnisse unterstreichen die Forderung nach öffentlichen Programmen zum Nachweis von Vorhofflimmern in der Allgemeinbevölkerung.

**DGK.**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: presse@dgk.org  
Web: www.dgk.org**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2017“****Tabelle:** Charakteristika von asymptomatischen/ oligosymptomatischen vs. symptomatischen Patienten in Deutschland

	Asymptomatische/ Oligosympt. Pat.	Symptomatische Pat.	Odds ratio (95% CI)	P-Wert
N	747	469		
Alter (Jahre)	71,7 ± 9,4	70,4 ± 10,3		0,16
<65, n (%)	146 (19,5)	112 (23,9)	1,0 (Referenz)	
65 bis <75, n (%)	281 (37,6)	175 (37,3)	0,812 (0,5459-	
≥75, n (%)	320 (42,8)	182 (38,8)	1,0070) 0,741 (0,5953-	
			1,1071)	
Männer, n (%)	444 (59,4)	240 (51,2)		0,0047
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score	3,4 ± 1,5	3,4 ± 1,5		0,51
1 (moderat), n (%)	68 (9,1)	48 (10,2)	1,138 (0,7716-	
>1 (hoch), n (%)	679 (90,9)	421 (89,8)	1,6798) 1,0 (Referenz)	
HAS-BLED score	1,4 ± 1,0	1,3 ± 0,8		<0,004
<3 (niedrig), n (%)	506 (67,7)	366 (78,1)	1,0 (Referenz)	
≥3 (hoch), n (%)	68 (9,1)	24 (5,1)	0,488 (0,3008-	
unbekannt	173 (23,2)	79 (16,8)	0,7924)	
AF-Typ, n (%):			ND	ND
Paroxysmales AF	433 (58,0)	286 (61,0)		
Persistierendes AF	238 (31,9)	162 (34,5)		
Permanentes AF	76 (10,2)	21 (4,5)		
Herzinsuffizienz, n (%)	135 (18,1)	170 (36,2)	2,577 (1,9775-	0,0001
			3,3590)	
Ejektionsfraktion ≤40%, n (%)	39 (28,9)	63 (37,1)	ND	ND
Schlaganfall, n (%)	133 (17,8)	28 (6,0)	0.293 (0,915-	<0,0001
			0,4486)	

Mittelwert ± SD

AF; Vorhofflimmern

ND; not done



# DGK.

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

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [presse@dgk.org](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

## Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2017“

### Literatur:

1. Peters NS, et al. *Lancet*. 2002;359:593–603.
2. Wolf PA, et al. *Stroke*. 1991;22:983–988.
3. Hart RG, et al. *Ann Intern Med*. 2007;146:857–867.
4. Ruff CT, et al. *Lancet*. 2014;383:955–962.
5. Kirchhof P, et al. *Eur Heart J*. 2009;30:2969–2977.
6. Lubitz SA, et al. *Stroke*. 2017;48:490–492.
7. Huisman MV, et al. *Am Heart J*. 2014;167:329–334.
8. Camm, AJ, et al. *Eur Heart J*. 2010;31:2369–2429.

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 10.000 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitere Informationen unter [www.dgk.org](http://www.dgk.org)*