

Zur Behandlung des Vorhofflimmerns

Prim.Univ.-Prof.Dr.Bernd Eber

Kardiologie, Klinikum Wels

Viele Menschen mit Vorhofflimmern haben gar keine Beschwerden, lediglich bei der Puls- oder der Blutdruckmessung fällt vielleicht diese Herzrhythmusstörung auf. Beweisend für das Vorhofflimmern ist jedoch das beim Arzt aufgezeichnete Elektrokardiogramm (EKG). Einige Patienten leiden jedoch unter Atemnot, Leistungsknick und Erschöpfungszuständen beziehungsweise unter Herzklopfen und Druckgefühl hinter dem Brustbein. Vorhofflimmern zwingt auf jeden Fall zu einer genauen ärztlichen Untersuchung mit entsprechender Behandlung.

Rhythmus- oder Pulskontrolle?

Am Beginn, aber durchaus auch im Verlauf stellt sich beim einzelnen Patienten die Frage, ob das Vorhofflimmern wieder in einen normalen Rhythmus (= Sinusrhythmus) überführt werden soll (das nennt man dann Kardioversion) oder nicht (dann darf der Ruhepuls nicht zu hoch sein). Für die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen gibt es entsprechende Erfahrungswerte (einige Parameter entnehmen Sie der Tabelle 1).

Tabelle 1:

Rhythmuskontrolle	Frequenzkontrolle
Symptome vorhanden	Keine / wenig Symptome vorhanden
Vorhofflimmern – kurze Dauer	Lange Dauer
Junge, aktive Menschen	Betagte, inaktive Menschen
Immer wiederkehrendes Vorhofflimmern (= paroxysmal)	Permanentes Vorhofflimmern, mehrere Konversionsversuche schlugen fehl
Kleiner linker Vorhof (festgestellt im Herzultraschall)	Vergrößerter linker Vorhof

In der Tabelle 2 finden Sie die therapeutischen Möglichkeiten zur Rhythmus- und Frequenzkontrolle aufgelistet. Auf die Behandlung mit dem Elektroschock möchte ich kurz eingehen. Man sollte den normalen Herzrhythmus verstehen als Orchester, das unter der Leitung eines Dirigenten steht (= Sinusknoten). Sind nun Musiker im Vorhof vorhanden, die Störungen bewirken, kann das ganze Orchester im Vorhof nicht mehr koordiniert spielen. Durch den Elektroschock wird unter einer Kurzzeitnarkose das Herz wieder gleichgerichtet und dem Dirigenten, dem Sinusknoten, die Möglichkeit gegeben, wieder mit dem Dirigieren zu beginnen. Dies nimmt der Sinusknoten stets dankend an. Zur Vermeidung von Embolien, die sich beim Vorhofflimmern

möglicherweise ausgebildet haben, muss jedoch eine Blutverdünnung 4 Wochen vor und 4 Wochen nach Kardioversion erfolgen (außer: das Vorhofflimmern besteht erst maximal 48 Stunden – dann kann auf eine Blutverdünnung verzichtet werden).

Tabelle 2:

Rhythmuskontrolle	Frequenzkontrolle
Kardioversion durch Elektroschock oder durch Medikamente (z.B. Brinavess ^R als Kurzinfusion)	Antiarrhythmika (z.B. Digitalis, β -Blocker, Sedacoron ^R)
Prophylaxe von Rückfällen – Antiarrhythmika (z.B. Propafenon, Sedacoron ^R)	Ablation des AV-Knotens mit Herzschrittmacher
Verödung von Vorhofflimmern (= Ablation)	AV-Knoten-Modifikation
Operative Therapie (sogenannte Maze-Prozedur)	
Spezielle Schrittmachertechniken	

Wie bereits erwähnt, besteht beim Vorhofflimmern, auch wenn es nur gelegentlich besteht, ein stark erhöhtes Risiko für Embolien in das Gehirn mit der schlimmen Folge - akuter Schlaganfall. Aus diesem Grund ist bei einem Großteil der Personen eine Blutverdünnung notwendig. Jede Form des Aspirins (z.B. ThomboASS^R) oder moderener Blutplättchen-Aggregationshemmer (z.B. Plavix^R, Efient^R, Brilique^R) sind gegen dieses Phänomen praktisch wirkungslos (bei erhöhter Blutungsneigung). Daher hat sich seit vielen Jahrzehnten die Blutverdünnung mit Marcoumar^R oder Sintrom^R durchgesetzt. Dafür ist eine engmaschige Kontrolle der Blutgerinnung notwendig (INR-Wert muss zwischen 2 und 3 sein), damit einerseits nicht zu wenig Schutz aber auch kein stärkeres Blutungsrisiko (eine gefürchtete Komplikation ist vor allem die Hirnblutung) besteht. Glücklicherweise gibt es Gegenmedikamente bei zu hoher Dosis oder Blutung, sodass innerhalb kurzer Zeit die Wirkung aufgehoben werden kann. Kleiner Hautblutungen, leichtes Nasenbluten oder ähnliches sind überwiegend als harmlos zu bewerten.

Seit kurzem gibt es nun ein neues Medikament (Pradaxa^R) als Alternative zu Marcoumar^R oder Sintrom^R, welches für das Vorhofflimmern auch in Österreich zugelassen ist (weitere Medikamente stehen ebenfalls kurz vor der Zulassung). Dieses Medikament wirkt ebenso verhütend auf den Schlaganfall und die gefürchtete Hirnblutung als Nebenwirkung trat in einer großen internationalen Studie sogar wesentlich seltener auf. Eine Kontrolltest ist nicht erforderlich, es gibt auch kaum Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und keine Abhängigkeit von Lebensmitteln. Die Nachteile liegen in der 2x1

Dosierung pro Tag, in wesentlich höheren Preis und in der Tatsache, dass zurzeit kein Gegenmittel auf dem Markt ist.

Welches Medikament nun optimal für Sie ist, sollte in einem ausführlichen Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt herausgearbeitet werden. Ein selbstständiges Umstellen würde möglicherweise eine große Gefährdung bewirken!

Abschließend möchte ich noch wichtige allgemeine Bemerkungen zum Vorhofflimmern in Form von kurzen Leitsätzen erwähnen:

- Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten (Trinkmenge circa 1,5 Liter/Tag – Ausnahme: Herzschwäche!)
- Kalium sollte stärker mit Nahrungsmitteln zugeführt werden (Banane, dunkle Schokolade (1 Rippe von 300g/Tag), Nüsse (Ausnahme: Nierenschwäche!)
- Magnesium ist das Rhythmusmedikament Nr. 1 (z.B. Magnosolv^R 1 Beutel in Wasser pro Tag, Achtung: bei Überdosierung Durchfall)
- Ausdauerbewegung mit Krafttraining (Verhältnis 3:1; kein Leistungssport)
- Vorsicht mit alternativen Heilmitteln (Gespräch mit Hausarzt suchen!)
- Keine eigenmächtige medikamentöse Therapie

Korrespondenzadresse:

Prim.Univ.-Prof.Dr.Bernd Eber
4600 Wels, Elisabethstrasse 66
Homepage: www.prof-eber.at
e-mail: bernd.eber@liwest.at