

medizin aktuell

Die regionale Gesundheitsinformation

Oktober 2017

Diabetes

Gefahr für die
Netzhaut

Leistenbruch

Nur die Operation
bringt Heilung

Parodontitis

Blutendes Zahnfleisch
ist ein Warnsignal

Schlafapnoe-Syndrom

Maske hilft beim Atmen



Entstanden in Zusammenarbeit mit der Insel Gruppe sowie weiteren Gesundheitsinstitutionen der Stadt und Region Bern

 SPITALAARBERG
INSELGRUPPE

 SPITALMÜNSINGEN
INSELGRUPPE

 SPITALRIGGISBERG
INSELGRUPPE

 SPITALTIEFENAU
INSELGRUPPE



Vorhofflimmern

Herz aus dem Takt

Die Rhythmusstörung ist zwar nicht lebensbedrohlich, dennoch sollte sie wegen der möglichen Komplikationen (Hirnschlag oder Herzschwäche) behandelt werden.

Unregelmässige Herzschläge und Pulsaussetzer kommen bei praktisch jeder Person irgendwann im Leben vor, für einen Augenblick oder auch für längere Zeit. Es gibt wohl kaum jemanden, der nicht schon mal Herzstolpern bei sich wahrgenommen hätte – nach einem intensiven Sporttraining, nach einem Schreckerlebnis oder bei einem Streit. Solche Rhythmusstörungen können bei Herzgesunden auftreten und völlig harmlos sein, sie können aber auch auf eine ernst zu nehmende Erkrankung hinweisen. Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen wie zum Beispiel das Kammerflimmern sind zum Glück sehr selten. Weit verbreitet ist dagegen das Vorhofflimmern, insbesondere bei älteren Menschen – es handelt sich dabei um die häufigste Herzrhythmusstörung.

Elektrisches Chaos

Damit sich der Herzmuskel zusammenzieht, muss er durch einen kleinen elektrischen Reiz angestoßen werden. Die wichtigste elektrische Steuerung dabei, sozusagen der «Taktgeber» des Herzens, ist der Sinusknoten, der im rechten Vorhof liegt. Die elektrischen Impulse aus dem Sinusknoten fließen über die Vorhöfe und bewirken deren Kontraktion. Danach passiert der Impuls den sogenannten AV-Knoten (Atrioventrikularknoten) und wird in beide Herzkammern weitergeleitet. Diese ziehen sich zusammen – 60 bis 80 Mal pro Minute – und transportieren so das Blut in die Lunge. Beim Vorhofflimmern ist der normale Herzrhythmus gestört. Es kommt zu einem elektrischen Chaos in den Vorhöfen mit vielen kleinen Flimmerwellen, was eine geordnete Kontraktion der Vorhöfe unmöglich macht. Diese geraten also aus dem Takt und können die Herzkammern nicht mehr in der Füllung unterstützen, die Gesamtleistung nimmt ab. Ob das Herz dabei langsam oder schnell schlägt, hängt davon ab, wie viele Flimmerwellen über den AV-Knoten auf die Herzkammern gelangen. Sind es zu viele und ist der Herzschlag der Kammern dadurch zu hoch, kann das Herz mit-

telfristig ermüden. Dies führt dann zur Herzschwäche, daher ist eine gute Kontrolle der Herzfrequenz unerlässlich.

Gefürchtete Komplikation: Schlaganfall

Bis zu 20 Prozent der Schlaganfälle werden durch ein unentdecktes Vorhofflimmern verursacht. Weil der Blutfluss in den flimmernden Vorhöfen des Herzens verlangsamt ist, können sich leicht Blutgerinnsel bilden, die weggeschwemmt werden und Gefässe im Hirn verstopfen. Abgesehen vom erhöhten Hirnschlagrisiko ist das Vorhofflimmern aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich. Besonders bei älteren Menschen tritt die Krankheit häufig auf, bei den 60- bis 70-Jährigen sind rund drei Prozent davon betroffen, bei den über 80-Jährigen bereits rund zehn Prozent. Der Grund, dass das Vorhofflimmern in höherem Alter öfter auftritt, sind die in diesem Alter vermehrt auftretenden Begleiterkrankungen des Herzens oder der Gefässe, wie beispielsweise Bluthochdruck oder die koronare Herzkrankheit. Weitere Risikofaktoren, die Vorhofflimmern begünstigen, sind Erkrankungen der Herzklappen, Übergewicht, Schilddrüsen-Überfunktion, erhöhter Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel. Vorhofflimmern kann

aber auch bei herzgesunden Personen auftreten, ohne dass eine organische Ursache festzustellen ist.

Unterschiedliche Symptome

Viele Patienten klagen über Symptome wie Herzstolpern oder Herzrasen, einen plötzlichen Leistungsknick, Atemnot, insbesondere bei Anstrengung, und oft auch ein Beklemmungs- und Angstgefühl, wenn die Rhythmusstörung kommt. Manche Menschen sind so stark betroffen, dass der Alltag beeinträchtigt wird, sobald sich die Rhythmusstörung meldet. Andere, besonders ältere Menschen verspüren gar keine Symptome und leiden an «stillem» Vorhofflimmern. Entdeckt wird es dann eher «zufällig» im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung oder wenn sich im Blutdruckgerät Anzeichen eines unregelmässigen Pulses zeigen. Grundsätzlich werden drei Arten von Vorhofflimmern unterschieden. Zu Beginn tritt die Rhythmusstörung anfallsartig auf und verschwindet nach kurzer Zeit von selbst wieder. Man spricht dann von paroxysmalem (anfallsartigem) Vorhofflimmern. Das anhaltende (persistierende) Vorhofflimmern dauert länger als sieben Tage; mit Medikamenten oder einem starken elektrischen Stromstoss kann aber der normale Herzrhythmus (Sinusrhythmus) wiederhergestellt werden. Das permanente Vorhofflimmern kann weder durch Medikamente noch durch einen Elektroschock beendet werden.

Das wichtigste Diagnoseverfahren, um ein Vorhofflimmern festzustellen, ist das Elektrokardiogramm (EKG). Oft braucht es auch ein Langzeit-EKG, um die Rhythmusstörung überhaupt zu erwischen, weil sie im Anfangsstadium immer wieder verschwindet. Am häufigsten ist Vorhofflimmern durch langjährigen Bluthochdruck verursacht. Aber auch andere Erkrankungen können Vorhofflimmern auslösen, daher ist es wichtig, ein neu entdecktes Vorhofflimmern weiter abzuklären. Laboruntersuchungen oder eine Ultraschalluntersuchung des Herzens liefern dabei wichtige Hinweise.

Blutverdünnung

Die Therapie des Vorhofflimmerns ist individuell unterschiedlich und richtet sich nach den Beschwerden, der Dauer und Form der Erkrankung,

dem Leidensdruck und dem Alter der Patientin, des Patienten. Unterschieden wird zwischen der Rhythmuskontrolle, bei der auf unterschiedlichen Wegen der Sinusrhythmus wiederhergestellt wird, oder der Frequenzkontrolle. Bei letzterer wird versucht, die Herzfrequenz in einen normalen Bereich zu senken – diese Behandlung eignet sich vor allem für diejenigen Betroffenen, die unter ihren Symptomen nicht oder nur wenig leiden. Um Embolien oder einem Schlaganfall vorzubeugen, muss zudem das Blut verdünnt werden. Die Mehrheit der Patienten kann dabei mit einem direkten Blutverdünner (DOAC), ohne die früher obligaten Quickkontrollen, behandelt werden.

Zurück in den Sinusrhythmus

Die Wiederherstellung des Sinusrhythmus (Kardioversion) kann durch Medikamente (Antiarrhythmika), einen elektrischen Impuls (elektrische Kardioversion) oder eine Verödung spezieller Bereiche im Herz erfolgen. Welche Therapie oder welches Medikament sich eignet, hängt von den Begleiterkrankungen und von den Nebenwirkungen ab, die gelegentlich auftreten können. Bei der elektrischen Kardioversion wird unter Kurznarkose und EKG-Kontrolle ein Stromstoss verabreicht, der dem Sinusknoten die Chance geben soll, wieder als Taktgeber zu arbeiten. Mittlerweile gibt es auch die Möglichkeit – besonders bei hohem Leidensdruck der Patienten, aber auch bei schlechtem Ansprechen auf Medikamente oder schwerwiegenden Nebenwirkungen –, eine Verödung am Herzen vorzunehmen. Bei der sogenannten Pulmonalvenenisolation (Ablation) werden die Mündungen der vier Lungenvenen, die Störimpulse aussenden, mit einem speziellen Herzkatheter verödet. Das Vorhofflimmern wird in einen

elektrischen Käfig gesperrt und kann nun nicht mehr auf die Vorhöfe übergreifen, wobei bis zu drei Sitzungen hierfür nötig sein können. Der Eingriff gilt als risikoarm und die Chancen, dass das Vorhofflimmern so beendet wird, stehen gut – immer unter der Voraussetzung, dass er an spezialisierten Zentren von erfahrenen Ärzten durchgeführt wird. So kann immerhin drei von vier Patienten mittelfristig geholfen werden. Allerdings bleibt die Blutverdünnung auch nach einer erfolgreichen Verödung Teil der medikamentösen Behandlung.

Herzschlag runterbringen

Entscheiden Arzt und Patient, das Vorhofflimmern zu akzeptieren, gilt es den oft zu schnellen Herzschlag in einen vernünftigen Bereich zu senken. Dafür gibt es verschiedene Medikamente, heute kommen meist Beta-blocker zum Einsatz. Ist der Puls gar nicht zu bremsen, kann schlussendlich die elektrische Schaltstelle zwischen Vorhöfen und Kammern mit einem Kathetereingriff unterbrochen werden (AV-Knoten-Ablation). Vor dem Eingriff muss allerdings ein Herzschrittmacher eingesetzt werden.

Vorhofflimmern kann sehr störend sein, ist aber meist gutartig. Trotzdem sind Blutverdünnung und Pulskontrolle sowie eine Ursachenabklärung unerlässlich. Auch bei guter Behandlung kann das Vorhofflimmern erneut auftreten, manchmal muss auch die Behandlungsstrategie angepasst werden. Um dem Vorhofflimmern vorzubeugen oder einen Rückfall zu vermeiden, sollte ein «herzgesunder» Lebensstil gepflegt (ausgewogene Ernährung, genügend Bewegung) und Risikofaktoren vermieden werden (Übergewicht reduzieren, Rauchverzicht, Alkohol mit Mass geniessen, Bluthochdruck und andere begünstigende Erkrankungen behandeln).



Die Auskunftsperson

Dr. med. Carolin Rogge
Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie
Leitende Ärztin Innere Medizin

Kontakt:

Spital Münsingen,
Krankenhausweg 18/20, 3110 Münsingen
Tel. 031 682 82 82
carolin.rogge@insel.ch