



Schlaganfall und Vorhofflimmern: Wie häufig und wie lässt er sich verhindern?

Häufigkeit von Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist die häufigste bedeutende Herzrhythmusstörung. Fast 10 Prozent aller über 75jährigen Deutschen haben anhaltendes oder intermittierendes Vorhofflimmern. Bei den über 80 Jährigen sind es schon 15 Prozent. Insgesamt sind in Deutschland etwas über 1,8 Millionen Mitbürgerinnen und Mitbürger betroffen. Aufgrund der weiter steigenden Lebenserwartung wird die Erkrankung in den kommenden Jahren weiter zunehmen.

Vorhofflimmern und Herzfrequenz

Beim Vorhofflimmern wird der Herzmuskel nicht vom eigentlichen Taktgeber, dem Sinusknoten, elektrisch angetrieben. Die elektrische Erregung geht vielmehr von unterschiedlichen Stellen aus der linken Herzvorkammer aus. Dabei wird der Vorhof mit einer Frequenz von 350 bis 600 pro Minute stimuliert. Diese Frequenz wird unregelmäßig auf die Herzkammern übergeleitet. Deshalb wird Vorhofflimmern auch als absolute Arrhythmie bezeichnet. Bei vielen Patienten ist durch die gebremste Überleitung die Herzfrequenz mit Werten zwischen 60 und 80 Schlägen pro Minute normal. Bei einigen Patienten muss aber die Herzfrequenz zusätzlich mit Medikamenten gebremst werden.

Vorhofflimmern und Herzleistung

Das Auftreten von Vorhofflimmern ist mit einer Einschränkung der Herzleistung verbunden. Durch die sehr schnelle Stimulation des Vorhofs kann sich dieser nicht mehr ausreichend kontrahieren. Durch den Verlust der Vorhofkontraktion ist die Herzleistung ungefähr 15 Prozent geringer als bei Patienten mit normalem Herzrhythmus. Von Patienten mit normaler Herzfunktion kann das noch gut kompensiert werden. Dagegen können Patienten mit anderen Herzerkrankungen durchaus auch eine Herzleistungsschwäche mit Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit entwickeln. In vielen Fällen kann das bei manifester Herzschwäche auch zu einer akuten Krankenhausbehandlung führen. Eine Herzschwäche kann sich aber auch unter Vorhofflimmern entwickeln, zum Beispiel dann, wenn die Herzfrequenz unter Vorhofflimmern dauerhaft zu hoch ist.

Vorhofflimmern und Schlaganfallsrisiko

Neben Herzfrequenz und Belastbarkeit ist eine weitere schwerwiegende Folge des Vorhofflimmerns ein, zum Teil erheblich erhöhtes Risiko für das Auftreten von Schlaganfällen. Durch die fehlende aktive Kontraktion des Vorhofhofs und den damit eingeschränkten Blutfluss, können sich im linken Vorhof, insbesondere im linken Vorhofsohr, Blutgerinnsel bilden, die über den Blutkreislauf Arterien des Gehirns verschließen und damit Schlaganfälle auslösen können. Dabei sind die, durch Vorhofflimmern verursachten Schlaganfälle, häufig mit einer höheren Sterblichkeit verbunden. Patienten, die einen solchen Schlaganfall überlebt haben sind zudem meist schwerer beeinträchtigt. Abhängig von Alter, Geschlecht und anderen Erkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck ist das Schlaganfallsrisiko bis zu 15mal höher als bei Patienten ohne Vorhofflimmern. Dabei ist es unerheblich, ob das Vorhofflimmern dauerhaft oder nur intermittierend auftritt. Allein in Deutschland werden im Jahr ca. 30.000 Schlaganfälle durch Vorhofflimmern verursacht. Um das Schlaganfallsrisiko zu reduzieren, müssen Patienten mit Vorhofflimmern daher Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen, damit sich keine Blutgerinnsel bilden. Neben den seit mehreren Jahrzehnten gut etablierten Marcumar, stehen in den letzten Jahren neue Medikamente zur Verfügung, die ebenso effektiv die Blutgerinnung beeinflussen, aber keine regelmäßigen Blutkontrollen erfordern. Außerdem treten unter den neuen Gerinnungshemmern weniger Hirnblutungen auf und die notwendige Therapieunterbrechung vor ärztlichen und zahnärztlichen Eingriffen lässt sich etwas einfacher steuern.

ern. Allerdings müssen Nieren- und Leberfunktion vor Therapiebeginn und im Verlauf kontrolliert werden. Nicht jeder Patient ist ein guter Kandidat für eines der neuen Präparate. Dies muss bei jedem einzelnen Patienten mit dem behandelnden Arzt genau besprochen werden.

Bei Patienten, die ein zu hohes Blutungsrisiko haben oder unter der gerinnungshemmenden Therapie bereits Blutungskomplikationen hatten, kann alternativ auch das linke Vorhofsohr mit einem speziellen Verschluss-System über einen Katheter abgedichtet werden („Vorhofsohr-Verschluss“). Bei diesen Patienten kann dann auf eine blutverdünnte Therapie verzichtet werden.

Ihre Ansprechpartner

Ihr Ansprechpartner im Krankenhaus Martha Maria Nürnberg ist neben dem Chefarzt der Medizinischen Klinik I, PD Dr. med. Karsten Pohle, der Leiter der Elektrophysiologie, Herr Dr. med. Georgios Evangelidis.

Vortrag am 5.11.2014



**MARTHA
MARIA**

Unternehmen
Menschlichkeit