



Vorhofflimmern – Diagnostik

Jens Jung, Michael Böhm

Medizinische Klinik und Poliklinik, Innere Medizin III (Kardiologie/Angiologie), Universitätskliniken des Saarlandes, Homburg/Saar

Vorhofflimmern stellt mit einer Prävalenz von 0,4–0,9% der Erwachsenenbevölkerung die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung dar. Es wird geschätzt, dass in der Bundesrepublik Deutschland etwa 600 000 Menschen betroffen sind. Die Häufigkeit dieser Arrhythmie nimmt in Abhängigkeit vom Alter ab dem 40. Lebensjahr um etwa 0,1–0,2% pro Jahr zu und liegt bei der Bevölkerungsgruppe über 60 Jahre bei 2–4% (16,21). Neben dem Alter begünstigen insbesondere kardiovaskuläre Begleiterkrankungen das Auftreten von Vorhofflimmern. Bei etwa 25% der Patienten mit Vorhofflimmern besteht eine koronare Herzerkrankung (16). Patienten mit akutem Myokardinfarkt haben in 10–11% Vorhofflimmern (12,22). Eine rheumatische Klappenerkrankung erhöht das Risiko, Vorhofflimmern zu entwickeln, um das 1,8-Fache (5). Die Prävalenz von Vorhofflimmern kann bei Patienten mit einer manifesten Herzinsuffizienz bis zu 40% erreichen (5).

Vorhofflimmern kann den frühen postoperativen Verlauf nach kardiochirurgischen Eingriffen bei etwa 30% der Patienten komplizieren (4). Auch andere bradykarde und tachykarde Herzrhythmusstörungen können mit Vorhofflimmern assoziiert sein. An bradykarden Rhythmusstörungen wäre insbesondere das Sinusknotensyndrom zu nennen, bei dem in bis zu 28% mit atrialen Tachyarrhythmien zur rechnen ist (1). Bei Patienten mit WPW-Syndrom besteht in bis zu 30% ein begleitendes Vorhofflimmern (10). Auch bei Patienten mit AV-Knoten-

Reentry-Tachykardien oder atrialen Tachykardien kann nicht selten ein begleitendes Vorhofflimmern dokumentiert werden.

Neben einer kardialen Erkrankung können auch extrakardiale Begleiterkrankungen mit einem erhöhtem Risiko für Vorhofflimmern vergesellschaftet sein. So besteht bei Patienten mit einer arteriellen Hypertonie ein 1,5-fach erhöhtes und bei Patienten mit Diabetes mellitus ein 1,4-fach erhöhtes Risiko Vorhofflimmern zu entwickeln (6). Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung leiden in etwa 3% an begleitendem Vorhofflimmern. Eine hyperthyreote Stoffwechsellaage als Ursache von Vorhofflimmern liegt in etwa 2% vor (18).

Bei etwa 3–11% der Patienten mit Vorhofflimmern besteht jedoch keine kardiale Grunderkrankung bzw. prädisponierende extrakardiale Begleiterkrankung, so dass von einem sogenannten »idiopathischen« Vorhofflimmern auszugehen ist (8,17). Bei einem Teil dieser Patienten, vorwiegend Männer in der vierten Lebensdekade, treten die Arrhythmieepisoden ausschließlich in der Ruhephase und häufig in der Nacht auf, so dass ein vagal getriggertes Vorhofflimmern vorliegt (11).

kurzgefasst: Vorhofflimmern stellt die häufigste anhaltende Arrhythmie dar mit steigender Prävalenz in höherem Alter bzw. bei kardiovaskulären Grunderkrankungen.

Vorhofflimmern – Der konkrete Fall

Anamnese: Ein 56-jähriger Patient suchte aufgrund einer seit einigen Tagen bestehenden Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit verbunden mit Palpitationen in Form eines inneren Unruhegefühls seinen Hausarzt auf. Dieser stellte die Diagnose eines neu aufgetretenen Vorhofflimmerns und wies den Patienten in die Klinik ein. Der genaue Zeitpunkt des Beginns der Arrhythmieepisode ließ sich nicht eruieren. Es handelte sich um ein erstmaliges Ereignis. Außerhalb der aktuellen Beschwerden bestand bisher eine normale Leistungsbreite ohne Belastungs-dyspnoe oder pektanginöse Beschwerden. Bis auf eine mit einem ACE-Hemmer therapierte arterielle Hypertonie bestanden keine weiteren Vorerkrankungen.

Untersuchungen: Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich keine kardialen Dekompensationszeichen. Auskultato-

risch fanden sich unregelmäßige Herzaktionen, kein vitientypischer Auskultationsbefund. Elektrokardiographisch konnte eine Tachyarrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern mit einer Ventrikelfrequenz von 110–140 Schlägen/Minute dokumentiert werden. Es bestand eine linkstypische Herzachse bei unauffälligem Stromkurvenverlauf. Röntgenologisch war das Herz normal dimensioniert. Kein Nachweis von Stauungszeichen oder pneumonischen Infiltraten. Laborchemisch konnten eine Hyperthyreose sowie eine Elektrolytentgleisung ausgeschlossen werden. Echokardiographisch ergab sich nach Frequenzlimitierung bis auf eine geringe Dilatation des linken Vorhofes auf 43 mm kein auffälliger Befund. Bei der nach Rhythmisierung erfolgten fahrradergometrischen Belastung zeigten sich keine Hinweise auf eine koronare Herzerkrankung.

Therapie und Verlauf: Zur Thromboembolieprophylaxe wurde eine therapeutische Heparinisierung eingeleitet. Nach intravenöser Gabe von Metoprolol konnte eine Normalisierung der Herzfrequenz erreicht werden. Nach Abschluss atrialer Thromben in der transösophagealen Echokardiographie wurde unter Beibehaltung der Antikoagulation eine elektrische Kardioversion in tiefer Sedierung durchgeführt. Nach Applikation von 200 J konnte der Sinusrhythmus wiederhergestellt werden. Unter überlappender Heparinisierung wurde der Patient auf Phenprocoumon eingestellt (INR 2–3). Die orale Antikoagulation wurde bei stabilem Sinusrhythmus über 4 Wochen fortgeführt. Wegen des erstmaligen Auftretens des Vorhofflimmerns wurde zunächst von einer rezidivprophylaktischen antiarrhythmischen Therapie abgesehen.

J. Jung, M. Böhm, Homburg/Saar