

FORTBILDUNG

Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, Nicht pulmonale Dyspnoe

Rund ums Herz

Die aktuelle Ausgabe von „**der informierte arzt**“ hat Ihr Schwergewicht in der Kardiologie.

In einem Artikel zum Thema „Aktuelle Therapiestrategien bei Vorhofflimmern“ von Prof. Dr. H. Kottkamp und Frau Kollegin Dr. K. Müller wird eine umfassende Übersicht zu den verschiedenen Problemen dieser sehr häufigen Erkrankung vorgestellt. Folgende Punkte werden dabei näher erläutert: Die Behandlung basiert auf der Klinik, Rhythmus versus Frequenzkontrolle und Pulmonalvenenisolation in ausgewählten Fällen. Auch die Antikoagulation ist ein wichtiger Teil.

Die Therapie mit Vitamin K-Antagonisten verringert Schlaganfälle bei VHFli um bis zu 60%, Aspirin dagegen nur um 20%. In den kommenden Monaten werden neue medikamentöse Alternativen zu den Vitamin K-Antagonisten im Alltag in speziellen Situationen Einzug halten. Nach der RELY-Studie ist Dabigatran deutlich besser als ein Vitamin-K-Antagonist.

Nach einer Pulmonalvenenisolation bedarf es bei allen Patienten für mindestens 3 Monate einer oralen Antikoagulation. Anschließend muss bei einem CHADS-Vasc-Score von ≥ 1 ebenfalls die OAK beibehalten werden. Die Gefahr eines Rezidivs beträgt je nach Patientengut innert 3 Jahren bis zu 22%. Gemäss einer neuen Studie (DISCERN-AF) ist das Verschwinden der Symptome ein unzuverlässiger Indikator für die Eliminierung der zugrunde liegenden Arrhythmie. Nach einer Ablation gibt es auch deutlich mehr (knapp 79%) asymptomatisches VHFli. Es bedarf daher nach einer Pulmonalvenenisolation mehrerer Mehrtages-EKG-Kontrolluntersuchungen zum Nachweis von rezidivierenden Episoden eines VHFli. Auch dies ist ein Grund für eine weitere grosszügige OAK.

Bei einer medikamentösen oder elektrischen Kardioversion besteht ohne OAK ein 6–7 faches Thrombo-Embolierisiko. Daher ist bei einem Vorhofflimmern ≥ 48 Stunden Dauer 3 Wochen vor einer Konversion ein INR von 2–3 zu fordern; nach der Konversion, wegen Stunnen des linken Vorhofsohres, weitere OAK für mindestens



Dr. med. Urs Dürst
Zollikon

4 Wochen, auch bei einem Score von 0. Später richtet sich die Indikation einer Blutverdünnung nach dem CHADS-Vasc-Score. Bei ≥ 2 Punkten besteht ein Stroke Risiko von $\geq 2,2\%$ /Jahr.

Zur Abklärung eines VHFli bedarf es immer einer Echokardiographie.

Die aktuelle Problematik mit Dronedaron (Multaq®) haben Sie sicher der Presse entnommen. Bei einem permanenten Vorhofflimmern sollte dieses Medikament auf Grund der noch nicht publizierten und vorzeitig abgebrochenen PALLAS-Studie mit signifikant mehr kardiovaskulären Events nicht mehr gegeben werden. Bei nicht permanentem VHFli kann das Medikament aber vorerst weiter verordnet werden. In den ersten sechs Monaten sollten regelmässige Kontrollen der Transaminasen durchgeführt werden.

In einem weiteren Artikel berichten wir über die „Nicht pulmonale Dyspnoe“. Ein sehr wichtiges Thema im klinischen Alltag. Wir hoffen, dass die tägliche Entscheidungsfindung dadurch vereinfacht werden kann. Die Kardiologie wird abgerundet mit dem nachfolgenden „Update 2011 zur Herzinsuffizienz.“ Auch hier haben sich wichtige Neuerungen für den Praxisalltag ergeben. Aldosteronantagonisten und CRT-D-Geräte werden nach neueren Studien immer früher mit Erfolg eingesetzt.

Ich wünsche Ihnen eine erholsame Sommerzeit und viel Spass bei der Lektüre der aktuellen Ausgabe.

▼ Dr. med. Urs Dürst, Zollikon