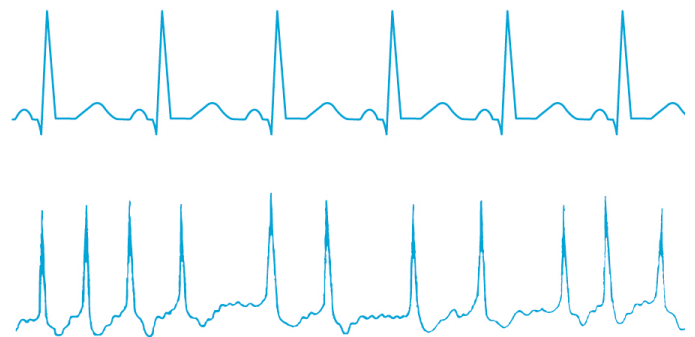




VORHOFFLIMMERN

Abbott ist Vorreiter in der Entwicklung von medizinischen Lösungen, die ärztliche Vorgehensweisen weltweit verändern, und hat es sich zum Ziel gesetzt, das Leben möglichst vieler Menschen dauerhaft zu verbessern und ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. So auch bei Menschen, die an Vorhofflimmern leiden.



Oben: Normaler Herzschlag; unten: Herzschlag mit Vorhofflimmern

WAS IST VORHOFFLIMMERN?

Vorhofflimmern, kurz AF (Atrial Fibrillation) ist die häufigste Herzrhythmusstörung, die weltweit Millionen Menschen betrifft. Da die durchschnittliche Lebenserwartung weiter ansteigt, ist zu erwarten, dass die Erkrankung einen immer größeren Prozentsatz der Bevölkerung beeinflussen wird. Betroffene leiden unter einem unregelmäßigen Herzrhythmus. Dieser tritt auf, wenn sich die oberen Kammern des Herzens, die sogenannten Atrien, anhaltend unregelmäßig, meist deutlich beschleunigt zusammenziehen. Während ein normaler Herzrhythmus 60 bis 100 Schläge pro Minute aufweist, sind es beim Vorhofflimmern 350 bis 600 Schläge pro Minute. Dazu kommt es, wenn das elektrische System des Herzens, das die Grundlage für die Herzmuskelkontraktionen liefert, die Elektrizität nicht in einem regelmäßigen Muster durch das Herz sendet. Manchmal wird das elektrische Signal blockiert oder durchläuft wiederholt dieselben Wege, wodurch ein „Kurzschluss“ entsteht, der den normalen Herzrhythmus stört. Mediziner sprechen bei dieser vom normalen Herzschlag abweichenden Abfolge auch von einer Arrhythmie. Betroffene leiden unter anderem an Herzklopfen, Engegefühl in der Brust, Atemlosigkeit, Schwindel, Benommenheit, Müdigkeit, Ohnmachten und Angstzuständen. Einige Menschen zeigen jedoch keine Symptome oder diese sind nicht von Dauer. Darüber hinaus tritt Vorhofflimmern auch bei bis zu 10 Prozent der Patienten auf, die sich einer Herzoperation unterziehen. Das betrifft circa 25 Prozent der Patienten mit Herzversagen, 10 Prozent mit Arterien-Bypass sowie 40 Prozent mit Mitralklappen-Operation. Bestimmte Faktoren können Vorhofflimmern begünstigen. Dazu zählen koronare und angeborene Herzkrankheiten, genetische Faktoren sowie Alter und Geschlecht. Aber auch Diabetes, Herzinfarkte, Stress und Rauchen können die Erkrankung auslösen.

WELCHE RISIKEN ENTSTEHEN DURCH VORHOFFLIMMERN?

Vorhofflimmern zählt zu den allgemein bekannten Risikofaktoren und Ursachen von Schlaganfällen. Weil die Atrien sich während des Vorhofflimmerns derart unruhig und unregelmäßig verhalten, schlägt das Herz nicht effektiv und pumpt das Blut nicht vollständig aus den Vorhöfen: Das verbleibende Blut kann dadurch gerinnen. Diese kleinen Gerinnsel können durch die Blutbahn in das Gehirn wandern, sich in einer Arterie im Gehirn festsetzen und einen Schlaganfall auslösen. Studien zeigen, dass Vorhofflimmern das Risiko eines Schlaganfalls um das Fünffache erhöht. Das Risiko für einen Schlaganfall im Zusammenhang mit Vorhofflimmern nimmt mit dem Alter zu.

WIE DIAGNOSTIZIERT MAN VORHOFFLIMMERN?

In der Regel kann ein Arzt durch Tasten des Pulses und Abhören mit einem Stethoskop bereits erkennen, ob Patienten an Vorhofflimmern leiden. Zur Bestätigung der Diagnose wird ein Elektrokardiogramm, kurz EKG, durchgeführt, das die Herzaktivität aufzeichnet. Damit lässt sich die Herzrhythmusstörung eindeutig feststellen. Da Vorhofflimmern bei vielen Patienten zunächst nur in Episoden auftritt, kann ein Langzeit-EKG notwendig sein. Mit einem tragbaren EKG-Gerät werden über einen längeren Zeitraum – meist 24 Stunden, zum Teil 72 Stunden – Herzfrequenz und Herzrhythmus gemessen. So kann auch ein nur zeitweise auftretendes Vorhofflimmern diagnostiziert werden. Eine der wichtigsten Diagnosehilfen bei besonders schwer erkennbaren Arrhythmien ist ein sogenannter Arrhythmie-Monitor oder Herzmonitor. Dieser kontrolliert kontinuierlich den Herzrhythmus des Patienten und übermittelt entsprechende Daten an die Klinik oder den Arzt, damit dieser seinen Patienten aus der Ferne überwachen und gegebenenfalls behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen diagnostizieren kann. Der Confirm Rx, der weltweit erste Smartphone-kompatible, implantierbare Herzmonitor, übermittelt die Daten über die MyMerlin-App an den Arzt.

WIE THERAPIERT MAN VORHOFFLIMMERN?

Um das Schlaganfallrisiko zu senken, nehmen Patienten mit Vorhofflimmern in der Regel gerinnungshemmende Medikamente ein, wobei eine sorgfältige Überwachung notwendig ist. Für Betroffene, bei denen eine Behandlung mit gerinnungshemmenden Medikamenten beispielsweise aufgrund eines hohen Blutdrucks keine Option darstellt, gibt es die Möglichkeit des Vorhofverschlusses. Dabei wird ein Teil des Herzvorhofes durch einen Kathetereingriff oder chirurgisch verschlossen, um Gerinnselbildung zu verhindern. Dauerhafte Abhilfe kann eine Ablation schaffen: So bezeichnet man die Methode, bei der im Vorhof gezielt therapeutische Narben erzeugt werden, um das Vorhofflimmern auszusetzen. Mittels eines Katheters wird das betroffene Gewebe verödet, wodurch die natürliche elektrische Erregung des Herzens wieder in geordneten Bahnen verläuft. Ebenfalls möglich ist ein dauerhafter Verschluss der sogenannten Vorhofvenen im Herzen, in denen das Blut besonders langsam fließt. Dazu dienen scheibenförmige, zusammenklappbare Geflechte, sogenannte Vorhofvenen-Okluder, welche mithilfe eines Katheters über die Leiste eingeführt und über die Blutgefäße zum Vorhofvenen geleitet werden. Da Vorhofflimmern oft mit Herzrasen einhergeht, ist in den meisten Fällen eine Regulierung der Herzfrequenz mit weiteren Medikamenten notwendig. Diese sorgen dafür, dass der Ruhepuls nicht höher als auf 100 Schläge pro Minute steigt, damit es nicht zu einer Schädigung des Herzmuskels kommt.

Je nach Situation des Patienten kann es sinnvoll sein, die Durchblutung durch einen chirurgischen oder minimalinvasiven Eingriff wiederherzustellen. Letzterer wird auch als Revaskularisierung bezeichnet. Dabei führt der behandelnde Mediziner einen Ballonkatheter bis an die zuvor ausgemachte Engstelle im Gefäß vor. Dort wird der Ballon aufgedehnt und die Engstelle somit beseitigt. Wenn notwendig kann im Anschluss ein Stent an die entsprechende Position gesetzt werden. Dieses kleine Gittergerüst trägt dazu bei, die Gefäßwand abzustützen und das Gefäß nach Möglichkeit vor einem erneuten Verschluss zu schützen. In vielen Fällen hat das kathetergestützte Verfahren operative Eingriffe abgelöst, die heute nur noch in seltenen Fällen in Form eines Bypasses stattfinden.

MEDIENKONTAKT:

Astrid Tinnemans
Head of Public Affairs Germany
Abbott GmbH
Max-Planck-Ring 2
65205 Wiesbaden
Mobile +49 173 9542375
astrid.tinnemans@abbott.com