

Vorhofflimmern in 17 Schritten behandelt

Back to basics: In der Hausarztpraxis wird die Diagnose eines Vorhofflimmerns häufig gestellt und über Jahre werden die Patienten von den Hausärzten betreut. Verbunden damit ist auch die Prävention von Schlaganfällen. Grundlegendes rund ums Vorhofflimmern finden Sie in den folgenden 17 Schritten:

1. EKG-Screening bei Risikopatienten (Schlaganfallpatienten, ältere Patienten).
2. Das Vorhofflimmern im EKG dokumentieren.
3. Klinische Untersuchung, EKG und gegebenenfalls eine Echokardiographie zur Beurteilung möglicher kardiovaskulärer Grunderkrankungen (Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Klappenerkrankungen ect.).
4. Patienten aufklären und instruieren, um eine optimale Compliance zu erreichen.
5. Lifestyle-Modifikation empfehlen, wo notwendig.
6. Kardiovaskuläre Grunderkrankung behandeln! (Klappenbehandlung/-ersatz bei signifikanten Vitien, Herzinsuffizienz, Einstellung der Hypertonie...).
7. Orale Antikoagulanzen einsetzen nach Risikoabwägung für Schlaganfälle (CHA2DS2-Vasc-Score) und Kontraindikationen.
8. Ähnliches Prozedere bei Vorhofflattern, bei symptomatischen Patienten Ablation empfehlen.
9. Reduzieren von Blutungsrisiken bei oraler Antikoagulation (Blutdruck einstellen, Anpassung der Dosis sowie Anwendungsdauer bei NSAR/Antiplättchen-Medikamenten, Anämie behandeln, sowie Blutverluste minimieren: stabiler INR, wenig Alkoholkonsum empfehlen).
10. Regelmässige Frequenzkontrolle mit gegebenenfalls medikamentöser Hilfe, um eine milde Frequenzkontrolle zu erreichen.
11. EHRA-Symptom-Skala zum Erfassen von Vorhofflimmern-adaptierten Beschwerden. Bei symptomatischen Patienten frequenzkontrollierende und antiarrhythmische Therapie (Medikamente, Kardioversion, Katheter- oder chirurgische Ablation) empfehlen.
12. Antiarrhythmische Medikamente wählen nach Sicherheitsprofil und Katheter-/chirurgische Ablation bei medikamentösem Therapieversagen in Erwägung ziehen.
13. Keine routinemässigen Gentests ausser bei Verdacht auf eine hereditäre Herzerkrankung.
14. Keine Plättchenaggregationshemmer zur Schlaganfallprophylaxe!
15. Kein Therapiestopp von OAK bei erhöhtem Schlaganfallrisiko ohne interdisziplinäre Beurteilung.
16. Keine rhythmuskontrollierenden Medikamente bei asymptomatischen Patienten und/oder permanentem Vorhofflimmern.
17. Keine Kardioversion oder Katheterablation ohne OAK, nicht bevor ein Vorhofthrombus im transösophagealen Echo ausgeschlossen wurde.

Weitere Informationen und Guidelines zum Ausdrucken sind auf der Website unter Summary Cards zu finden <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Atrial-Fibrillation-Management>

Quelle: ESC-Guidelines (2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/38/2893/2334964>, 16.02.18)



Vorhofflimmern-bezogene Symptome (EHRA-Score)

- EHRA I Keine Symptome
- EHRA II Milde Symptome: normaler Alltag nicht betroffen
- EHRA III Schwere Symptome: tägliche Aktivitäten betroffen
- EHRA IV Invalisierende Symptome: tägliche Aktivität deutlich eingeschränkt

EHRA: European Heart Rhythm Association

CHA2DS2-Vasc-Score

		Punkte
C (congestive heartfailure)	Herzinsuffizienz (Strukturelle Herzerkrankung, linksventrikuläre Dysfunktion)	1
H (hypertension)	Hypertonie	1
A (age)	Alter > 75 J	2
D (diabetes)	Diabetes mellitus	1
S (stroke)	Durchgemachter Schlaganfall/TIA	2
V (vascular disease)	Gefässerkrankung (pAVK, KHK)	1
A (age)	Alter 65–74	1
S (sex)	Weibliches Geschlecht	1
Schlaganfallrisiko		Punkte
	Niedrig	0
	Mittel	1
	Hoch	2 und mehr

Alle Artikel der Rubrik DEFACTO | Medizin finden Sie auf unserer neuen Webseite www.argomed.ch im Register Arztpraxis unter Medizin.