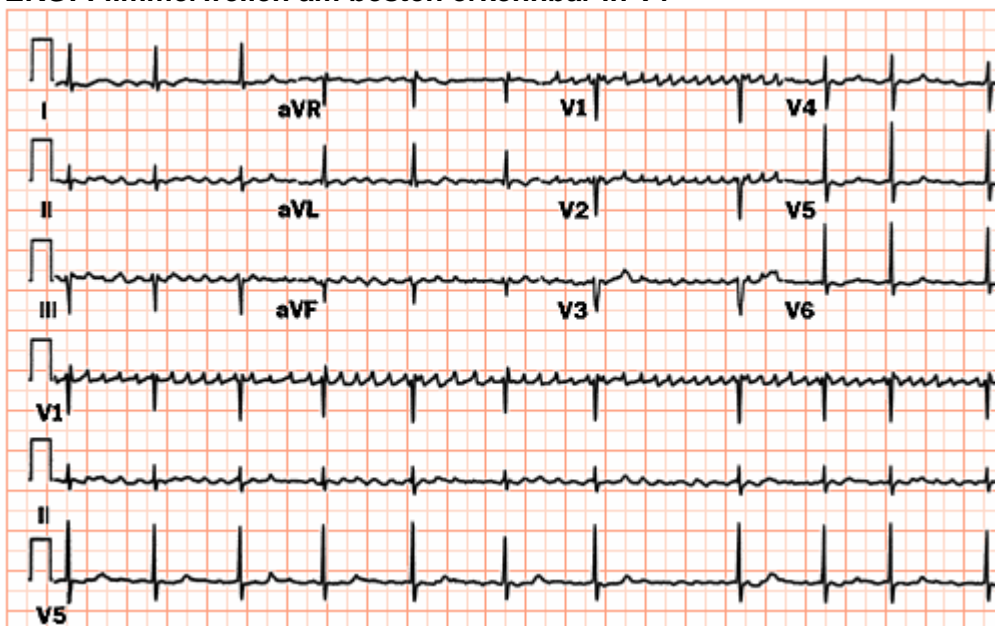


Anhang zum Vorhofflimmern

Klassifikation des Vorhofflimmern

| | |
|---|--|
| <i>Initiale Episode</i> | Erstes erfasstes symptomatisches/ asymptomatisches AF Rezidivrate: unterschiedlich→Rezidivprophylaxe nur bei schwerer Symptomatik |
| <i>Paroxysmales Vorhofflimmern</i> | terminiert spontan nach < 7 Tagen (i.d.R.<48 Std.) hohe Rezidivrate→Rezidivprophylaxe, (Antikoagulation) |
| <i>Persistierendes Vorhofflimmern</i> | Anhaltend (>7Tage), keine spontane Konversion, Konversion durch Antiarrhythmika oder Kardioversion möglich→Rezidivprophylaxe oder Frequenzkontrolle, Antikoagulation |
| <i>Permanentes Vorhofflimmern (lang anhaltendes Vorhofflimmern)</i> | lässt sich weder durch Antiarrhythmika noch durch Kardioversionen konvertieren, wiederholt frühe Rezidive, nicht terminiert→Frequenzkontrolle, Antikoagulation (selten Indikation zur Katheterablation) |

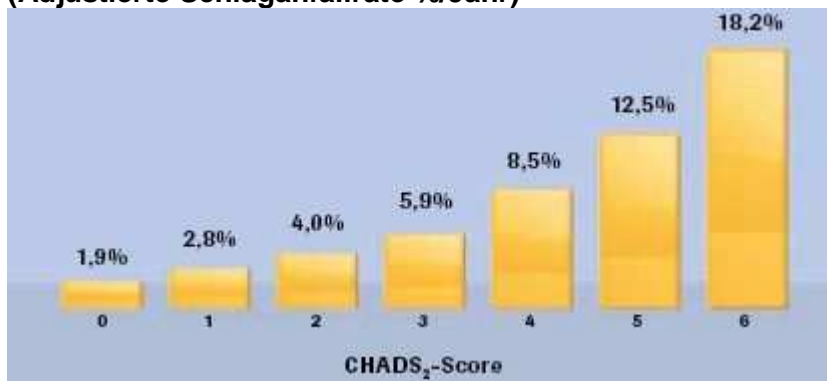
EKG: Flimmerwellen am besten erkennbar in V1



CHADS₂-Score zur Abschätzung des Schlaganfallrisikos bei Vorhofflimmern

| | Bei Vorliegen von ... | ... ergibt sich |
|--|--|-----------------|
| C (<i>congestive heart failure</i>) | Strukturelle Herzerkrankung, die Herzinsuffizienz verursacht | 1 Punkt |
| H (<i>hypertension</i>) | Arterielle Hypertonie (auch behandelt) | 1 Punkt |
| A (<i>age</i>) | Alter > 75 Jahre | 1 Punkt |
| D (<i>diabetes</i>) | Diabetes mellitus | 1 Punkt |
| S (<i>stroke</i>) | Durchgemachter Schlaganfall oder TIA | 2 Punkte |

**Je höher der CHADS2-Score, desto höher das Schlaganfallrisiko
(Adjustierte Schlaganfallrate %/Jahr)**



Quelle: Fuster V et al. Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Executive summary. Rev Esp Cardiol. 2006; 59 (12): 1329.

Thrombembolie-Prophylaxe nach CHADS-Score

0 Punkte → keine Behandlung oder ASS
 1 Punkt → ASS oder Marcumar
 2 und mehr Punkte → Marcumar mit Ziel-INR 2-3

Vergleich Elektrische Kardioversion - medikamentöse Kardioversion

| Elektrischer Kardioversion | Medikamentöse Kardioversion |
|---|--|
| <p>Vorteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • sofort wirksam • höchste Wirksamkeit • bei hämodynamisch instabilen Pat. auch anwendbar • Todesfälle sehr selten | <p>Vorteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • geht schnell • keine schriftliche Einverständnis notwendig • keine Kurznarkose notwendig • kann der Patient in Tablettenform zur Not selbst machen |
| <p>Nachteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurznarkose notwendig • höheres thrombembolisches Risiko • Auslösung von Kammerflimmern möglich falls keine Synchronisation • schriftliche Einverständnis notwendig | <p>Nachteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todesfälle bei hämodynamisch schlechten Patienten • Wirksamkeit geringer • negativ inotrop • proarrhythmogen • wirkt nicht sofort • thromboembolisches Risiko (höher als beim Spontanverlauf ?) |