

Herzrhythmusstörungen im Alter

Prof. Dr. med. Karl Theisen

Med. Klinik Innenstadt Klinikum der Universität München LMU
Ziemssenstr. 1, 80336 München

Altersbedingte strukturelle Herzveränderungen führen zu einer Zunahme sowohl tachykarder als auch bradykarder Herzrhythmusstörungen. Die altersbedingte Zunahme struktureller Herzerkrankungen bei Rhythmusstörungen verschlechtert die Prognose. AV-Überleitungsstörungen und Schenkelblockbilder nehmen zu. Am häufigsten sind Sinusknotenerkrankungen.

Bei symptomatischen Patienten ist die 2-Kammer-Schrittmacherstimulation therapeutisch überlegen durch weniger neu auftretendes Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz.

Komplexe ventrikuläre Herzrhythmusstörungen sind im Alter zunehmend. Ihre prognostische Bedeutung hängt von der Grunderkrankung ab. Bei sonst Herzgesunden ist die Prognose gut, eine medikamentöse Therapie nicht notwendig.

Bei struktureller Herzerkrankung, insbesondere koronarer Herzerkrankung, verbietet sich eine Therapie mit Klasse-I-Antiarrhythmika. Bei diesen Substanzen muß insbesondere im Alter mit Interaktionen mit anderen Medikamenten, zu hohen Wirkspiegeln – Nieren- und Leberfunktion – und hierdurch bedingten proarrhythmischen Effekten gerechnet werden, insbesondere sind QT-Verlängerungen mit ventrikulären Tachykardien und plötzlichem Herztod zu beachten. Ventrikuläre Tachykardien, überlebte Reanimationen, bedürfen eines intrakardialen Defibrillators, auch im Alter.

Die häufigste und damit wichtigste Rhythmusstörung im Alter ist das Vorhofflimmern. Die Prävalenz bei den über 80-jährigen liegt über 10%. Die klinische Bedeutung liegt in hämodynamischen Komplikationen mit

Tachyarrhythmie und Entwicklung einer Herzinsuffizienz sowie in der ausgeprägten Embolie-Gefährdung mit Schlaganfällen. Therapeutisch ist die Rhythmuskontrolle mit Wiederherstellung des Sinusrhythmus oder die Frequenzkontrolle mit Bremsung der AV-Überleitung und Antikoagulation möglich.

Die AFIRM-Studie zeigte zunächst eine Gleichwertigkeit bzgl. der Prognose. Die gefundene hohe Schlaganfallrate bei Sinusrhythmus legt aber auch hier eine Dauer-Antikoagulation nahe. Eine Nach-Analyse zeigte, dass die Überlebenschance durch Marcumar-Therapie und durch Sinusrhythmus per se verbessert wird. Antiarrhythmika verschlechtern die Prognose.

Bei älteren Patienten kommen Klasse-I-Antiarrhythmika (siehe oben) nicht in Betracht. Eine Regularisierung kann eventuell versucht werden. Generell ist aber die Frequenzkontrolle die bessere Option. Betablocker sind generell auch im Alter prognostisch günstig, ebenso Digitalis bei niedrigen Wirkspiegeln.

Problematisch ist im höheren Alter die Antikoagulation mit Marcumar:

Einerseits ist das Alter per se ein Risikofaktor für cerebrale Embolien mit Schlaganfall, der bei zusätzlichen Risikofaktoren auf über 10% pro Jahr ansteigt. Parallel hierzu steigt aber auch das Risiko größerer Blutungen unter Marcumar an. Hierfür ist neben altersbedingten Grunderkrankungen die spezielle Situation älterer Menschen verantwortlich, wie schlechte Aufklärung, zahlreiche zusätzliche Medikamente mit Interaktionspotential usw. In neueren Untersuchungen lässt sich allerdings belegen, dass fähbare ältere Patienten kein höheres Blutungsrisiko haben, der INR-Wert sollte zwischen 2 und 3 liegen.

Generell ist die Abschätzung des Schlaganfallrisikos des älteren Patienten die entscheidende Komponente bei der Abschätzung des Nutzen/Risikoverhältnisses.

