

## Supraventrikuläre Tachykardien

**BECKMANN EHLERS UND PARTNER**  
GEMEINSCHAFT VON KARDIOLOGEN

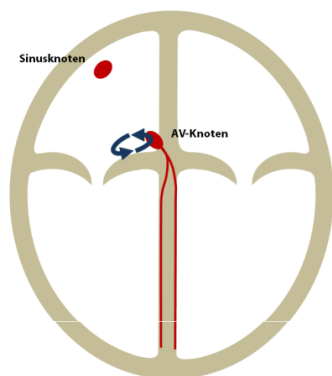


Abb. 1: AV-Knoten Reentrytachykardie

### AV-Knoten Reentrytachykardie (AVNRT)

Voraussetzung für das Auftreten von AV-Knoten Reentrytachykardien ist eine doppelt ausgeprägte elektrische Leitung in der Nähe des AV-Knotens. Unter bestimmten Voraussetzungen, häufig ausgelöst durch einen Extraschlag des Herzens, beginnt der elektrische Impuls am AV-Knoten im Kreis zu laufen und typischerweise bei jedem Umlauf einen Pulsschlag auszulösen. Die auf diese Weise entstehenden Anfälle von Herzrasen sind besonders unangenehm und lösen häufig Angstgefühle aus (Abb. 1).

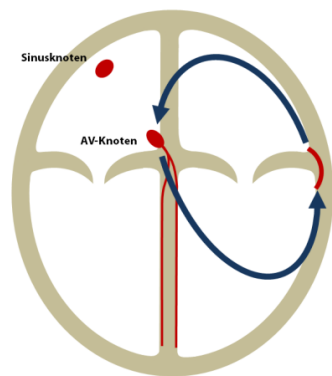


Abb. 2: WPW-Syndrom

### Zusätzliche Leitungsbahn (z.B. WPW-Syndrom)

Normalerweise ist der AV-Knoten die einzige elektrische Verbindung zwischen Herzvorhöfen und -hauptkammern. Bei manchen Menschen existiert jedoch eine angeborene, zusätzliche Verbindung. Unter bestimmten Voraussetzungen, meist ausgelöst durch Extraschläge des Herzens, beginnt der elektrische Impuls im Kreis zu laufen: typischerweise von den Vorhöfen zu den Hauptkammern über den AV-Knoten und - wie durch eine Hintertür - wieder zurück in den Vorhof über die zusätzliche Leitungsbahn. Bei jedem Umlauf wird ein Herzschlag ausgelöst, es kommt zu Herzrasen (Abb. 2).

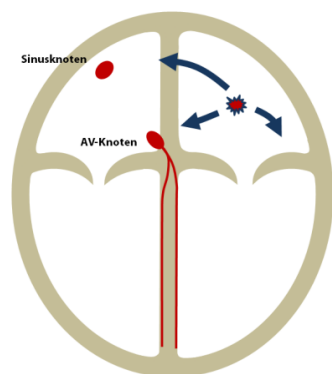


Abb. 3: Atriale Tachykardie

### Atriale Tachykardie (AT)

Atriale Tachykardien entstehen durch Herzmuskelzellen im Vorhof, die in schneller Folge anstelle des Sinusknotens elektrische Impulse erzeugen. Diese Impulse breiten sich auf normalem Weg über das Herz aus und führen zu Herzrasen (Abb. 3).

## Katheterablation

Bei der Ablation supraventrikulärer Tachykardien wird das Herzgewebe an der Stelle, die für das Herzrasen verantwortlich ist, kurzzeitig auf etwa 50° C erwärmt („Verödung“). Das Ziel der Behandlung ist eine vollständige Heilung.

### AV-Knoten Reentrytachykardie (AVNRT)

AV-Knoten Reentrytachykardien können die Lebensqualität erheblich einschränken, sind aber glücklicherweise nicht gefährlich. Bei der Behandlung haben sich Medikamente als nicht ausreichend wirksam erwiesen. Behandlung der Wahl ist daher die Katheterablation des überzähligen Leitungsweges, die zu einer vollständigen Heilung führt (Abb. 4). Die Erfolgsrate des Routineeingriffs liegt bei etwa 98%. Die Einnahme von Rhythmusmedikamenten ist nach dem Eingriff nicht mehr erforderlich.

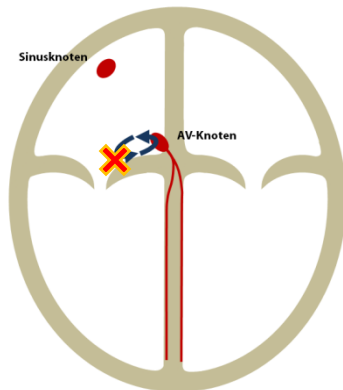


Abb. 4: Ablation bei AVNRT

### Zusätzliche Leitungsbahn (z.B. WPW-Syndrom)

Die elektrische Leitung über die zusätzliche Leitungsbahn kann mit Medikamenten nicht ausreichend sicher verhindert werden. Daher ist auch hier die Behandlung der Wahl die Katheterablation der zusätzlichen Faser, die zu einer vollständigen Heilung führt (Abb. 5). Die Erfolgsrate liegt, je nach Lage der Faser, bei 95 - 99%. Die Einnahme von Rhythmusmedikamenten ist nach dem Eingriff nicht mehr erforderlich.

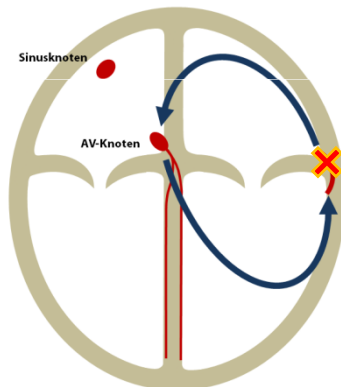


Abb. 5: Ablation bei WPW-Syndrom

### Atriale Tachykardie (AT)

Auch diese Form von Herzrasen lässt sich bei den meisten Patienten durch Medikamente nicht komplett unterdrücken. Im Rahmen der Katheterablation wird die auslösende Stelle (der „Fokus“) aufgespürt und ausgeschaltet (Abb. 6). Die Erfolgchancen sind besonders groß, wenn es sich nur um einen einzigen Störherd handelt. Die Erfolgsrate liegt bei 80-90%. Die Einnahme von Rhythmusmedikamenten ist nach dem Eingriff nicht mehr erforderlich.

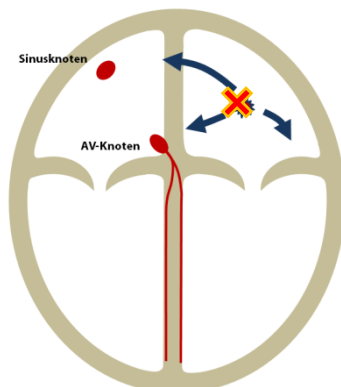


Abb. 6: Ablation bei AT

