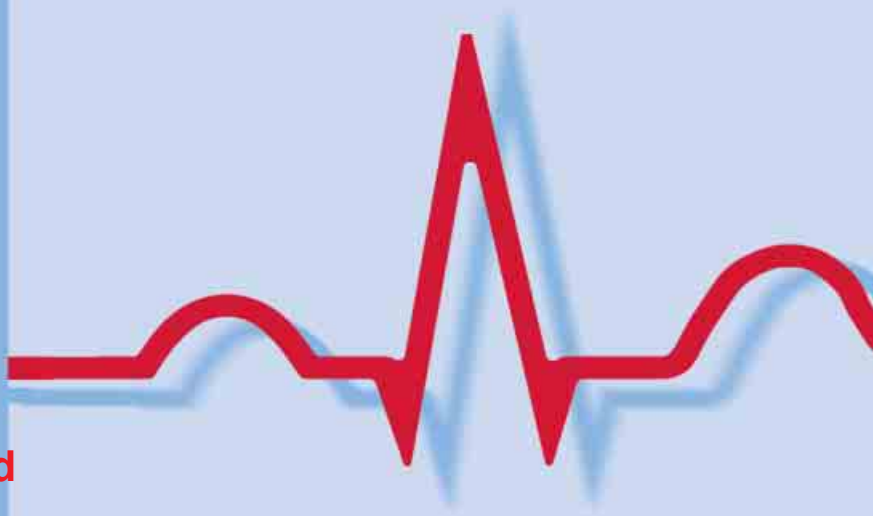
Journal für
Kardiologie
Austrian Journal of Cardiology
Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauferkrankungen

Forum Rhythmologie



Der aktuelle Fall: Rhythmische Schmalkomplextachykardie und Schwangerschaft ... Wie mache ich es richtig?

Sodeck GH, Moritz T, Domanovits H

Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2007; 14 (Supplementum A - Forum Rhythmologie), 16

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

www.forum-rhythmologie.at

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie
www.forum-rhythmologie.at

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

P.b.b. 02Z031105M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

16. LANDSTEINER TAGUNG

SCIENCE UPDATE: HERZ, HIRN UND GEFÄSSE

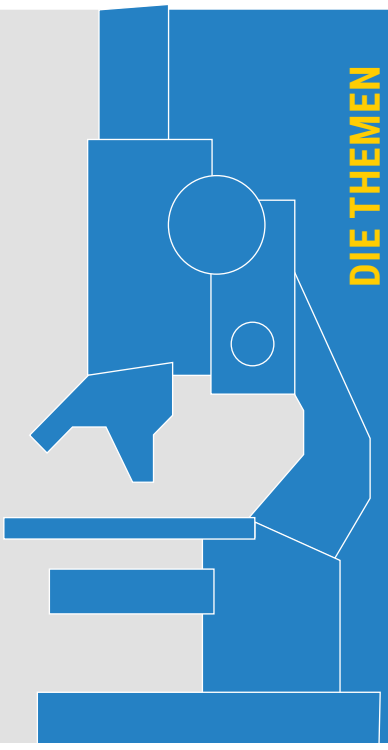
Sa, 7. Nov. 2026
ab 8:30 bis 13 Uhr

Klinik Floridsdorf,
Brünner Straße 68, 1210 Wien

ANMELDEN

Anmeldung & Information:
www.karl-landsteiner.at
events@karl-landsteiner.at

Die Teilnahme ist kostenlos.



DIE THEMEN

- Neue Methoden in der pAVK Therapie
  Thomas Rand
- Der Roboter in der Herzchirurgie
  Bernhard Winkler
- Der totalimplantierbare Herzschrittmacher
  Thomas Aschacher
- Interventionelle Septotomie
  Hubert Trnka
- Chronisches Koronarsyndrom: Revaskularisation vs konservative Therapie. Was ist prognoserelevant?
  Georg Delle-Karth
- Neues in der Sekundärprophylaxe des ischämischen Schlaganfalls
  Peter Lackner
- Vorhofflimmern 2026: Frühe Rythmuskontrolle und Antikoagulation. Was ist neu?
  Ekaterini Skyllouriotis
- Herzklappenersatz bei jungen Patientinnen und Patienten
  Dominik Wiedemann

DFP Die Veranstaltung ist mit 5 DFP-Punkten der ÖÄK approbiert (ID 1061761).

In Kooperation mit: Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

Mit freundlicher Unterstützung durch: MSD INVENTING FOR LIFE

ABBOTT

HeartMate 3™ LVAD

Die LVAD-Therapie ist für ausgewählte Patient:innen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz in den **ESC-Leitlinien 2026 nun eine Klasse I Empfehlung.**

Abbott Medical Austria GmbH | Perfektastrasse 84A | 1230 Wien | www.cardiovascular.abbott

Kurze Zusammenfassung: Bitte beachten Sie vor der Anwendung dieser Produkte die vollständige Aufzählung der Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen, potenziellen Komplikationen und Anwendungsvorschriften in der Gebrauchsanweisung.
© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. | ™ Bezeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe. | MAT-2680469 v1.0 | Dieses Dokument ist nur zur Verwendung in Österreich zugelassen.

Rhythmische Schmalkomplextachykardie und Schwangerschaft … Wie mache ich es richtig?

G. H. Sodeck, T. Moritz, H. Domanovits

■ Fallpräsentation

Eine 22jährige Patientin wird mit einer persistierenden supraventrikulären Tachykardie mit einer Herzfrequenz von 225/min. mittels Notarztwagen an eine internistische Notfallaufnahme gebracht. Aufgrund einer bestehenden Schwangerschaft (37. Schwangerschaftswoche) wie auch hämodynamischer Stabilität wurde präklinisch auf eine therapeutische Intervention verzichtet.

Im klinischen Status bei Aufnahme fallen keine wesentlichen Pathologien auf, die venöse Blutgasanalyse ist unauffällig. Das 12-Kanal-Elektrokardiogramm (Abb. 1) zeigt das Bild einer rhythmischen Schmalkomplextachykardie. Negative Deflexionen in kurzem Abstand nach dem QRS-Komplex in den Ableitungen II, III, aVF könnten auf eine retrograde Vorhoferregung hinweisen.

Fragenblock: Ordnen Sie die möglichen therapeutischen Schritte nach ihrer Priorität:

- Vagale Manöver
- Elektrische Kardioversion in Kurznarkose
- Ajmalin i.v. (50–100 mg über 10 min.)
- Adenosin i.v. in steigender Dosierung (6 mg–12 mg–12 mg)
- Verapamil i. v. (5 mg i.v. über 3 min.)

Auflösung

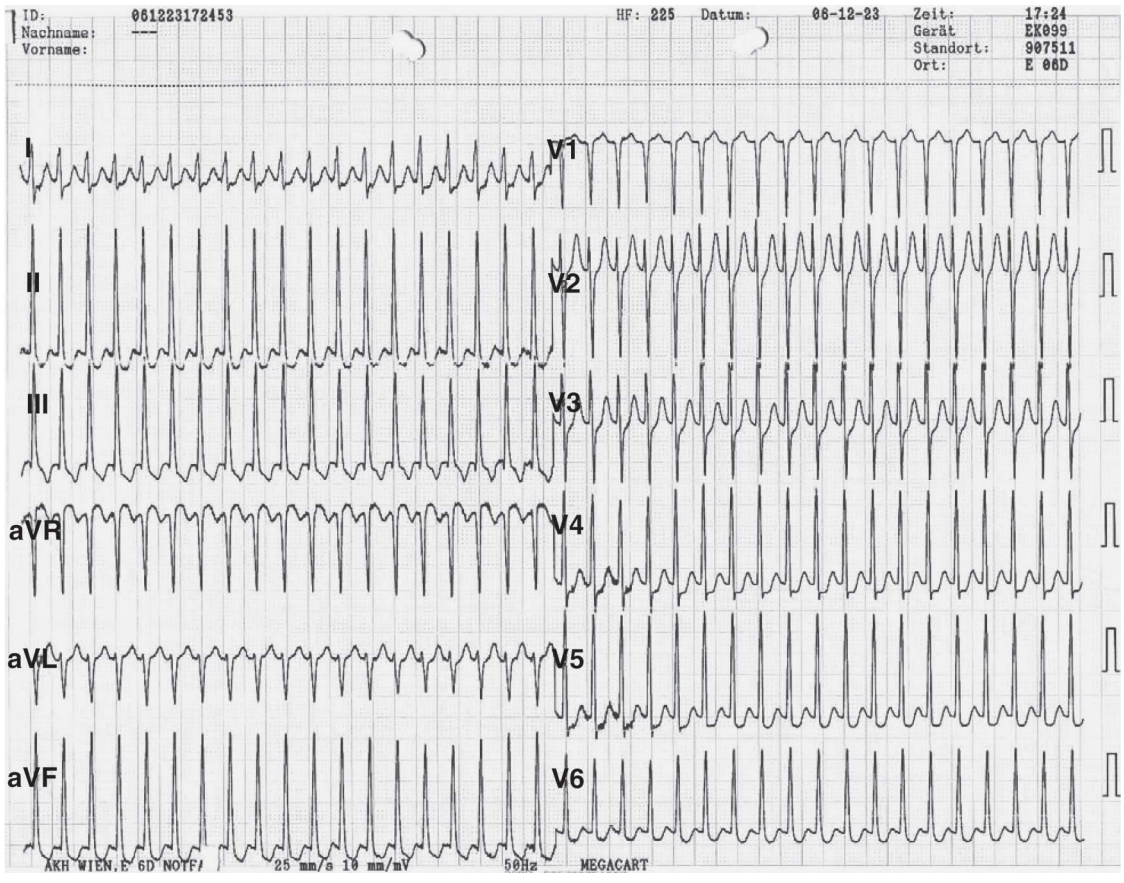


Abbildung 1: 12-Kanal-Elektrokardiogramm

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. med. Hans Domanovits, Universitätsklinik für Notfallmedizin, Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-Mail: hans.domanovits@meduniwien.ac.at

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Rhythmische Schmalkomplextachykardie und Schwangerschaft … Wie mache ich es richtig?

G. H. Sodeck, T. Moritz, H. Domanovits

■ Auflösung aus J Kardiol 2007; 14 (Suppl A, Forum Rhythmologie, S. 16)

Auch in der Schwangerschaft sind bei rhythmischen Schmalkomplextachykardien vagale Manöver die Maßnahme der ersten Wahl. Die parasympathische Stimulation kann zu einer Leitungsverzögerung/Blockierung im AV-Knoten und so zur Terminierung der Tachykardie führen. Sollten vagale Manöver nicht den gewünschten Effekt erbringen, ist auch in der Schwangerschaft Adenosin das Medikament der ersten Wahl. Eine sequentielle Adenosingabe in steigender Dosierung (6 mg–12 mg–12 mg) bis zum Eintreten des gewünschten Effektes wird empfohlen. Aufgrund des ubiquitären Vorkommens im Organismus und seiner extrem kurzen Halbwertszeit von wenigen Sekunden ist eine Gefährdung der Patientin als auch des Ungeborenen höchst unwahrscheinlich.

Valsalva-Manöver und Karotissinusmassage (beidseits wechselweise) bewirkten bei unserer Patientin keine Änderung der Tachykardie. Hierauf wurde der Patientin Adenosin sequentiell verabreicht. Nach 12 mg Adenosin stellte sich ein tachykarder Sinusrhythmus ein (Abb. 2); die Therapie wurde seitens der Patientin als auch des Ungeborenen ohne Komplikationen gut vertragen. Zwei Wochen später brachte die Patientin einen gesunden Jungen zur Welt.

■ Zusammenfassung

Wie in der Fallpräsentation dargestellt, erfordert das Vorliegen einer rhythmischen Schmalkomplextachykardie im Rahmen einer Schwangerschaft keine Modifikation des empfohlenen Therapieschemas. Bei hämodynamischer Instabilität ist auch in der Schwangerschaft die elektrische Kardioversion in Kurznarkose das Mittel der Wahl. Bei stabilen Patientinnen stellt die Akutanwendung der meisten antiarrhythmisch wirksamen Medikamente keine Kontraindikation dar. Jedoch sollten Medikamente mit kurzer Halbwertszeit aufgrund des geringeren Risikos einer Akkumulation solchen mit längerer Halbwertszeit vorgezogen werden. Nach Versagen von vagalen Manövern stellt daher Adenosin aufgrund seiner extrem kurzen Halbwertszeit das Medikament der ersten Wahl dar.

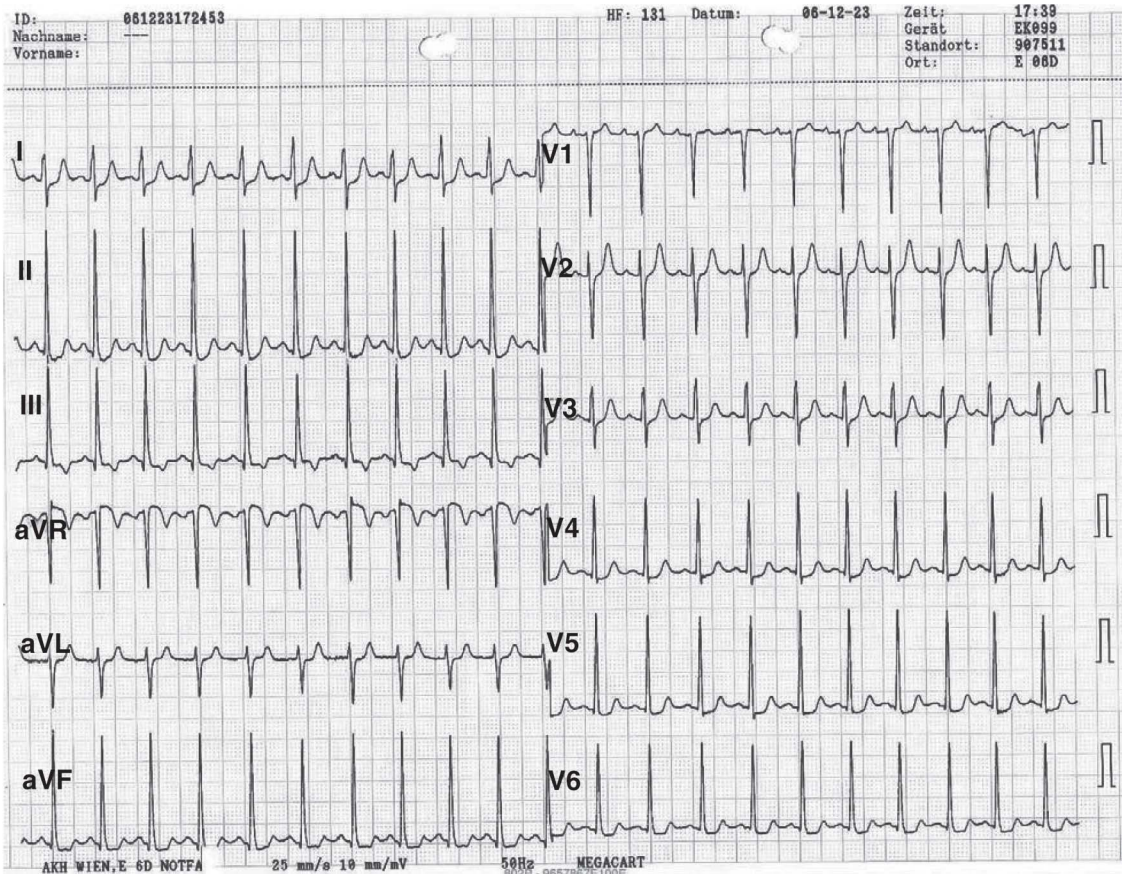


Abbildung 2: Tachykarder Sinusrhythmus

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Adenosin wird in der Regel von Patienten gut vertragen und ist in der Anwendung risikoarm. Als häufigste Nebenwirkungen sind kurzzeitiges Hitzegefühl, Flush, thorakales Druckgefühl, Dyspnoe und Palpitationen zu nennen. Ein erweitertes Monitoring (kontinuierliche EKG-Registrierung, Vitalparameter) und die Bereitschaft zur kardiopulmonalen Reanimation (inklusive Defibrillation) sind zu garantieren. Methylxanthine (Aminophyllin, Theophyllin) stellen adäquate Antidote dar. Eine geringere Anfangsdosis (1,5–3 mg) ist bei zentralvenöser Applikation, Patienten mit Zustand nach Herztransplantation, laufender Dipyridamoltherapie (Persantin, ASAsantin) und bei Kindern zu wählen. Kontraindikationen sind COPD, Asthma, SSS und vorbekannter höhergradiger AV-Block.

Als Alternative oder bei Versagen von Adenosin kann die Applikation von Verapamil (5 mg i. v. über 5 min) erwogen werden. Eine weitere therapeutische Alternative stellt die medikamentöse Intervention mit Ajmalin (50–100 mg i. v. über 10 min) dar, vor allem bei Patientinnen mit Kontraindikationen für Adenosin und Verapamil. Auf eine mütterliche Hypotonie muß jedoch unbedingt geachtet werden, da dies ebenso zu einer fetalen Minderversorgung führen kann.

Herzrhythmusstörungen sind während einer Schwangerschaft nicht selten. Eine Entscheidung zu einer antiarrhythmischmedikamentösen Behandlung oder einer nichtpharmakologischen therapeutischen Intervention sollte abhängig von der klinischen Symptomatik erfolgen. In jedem Fall muß ein zusätzliches Risiko für Schwangere und Fetus möglichst vermieden werden. Bei Unklarheiten wird dies durch Kooperation mit den Experten – Kardiologen und Gynäkologen – garantiert werden.

Weiterführende Literatur:

Page RL. Treatment of arrhythmias during pregnancy. Am Heart J 1995; 130: 871–6.

Domanovits H, Laske H, Stark G, Sterz F, Schmidinger H, Schreiber W, Mullner M, Laggner AN. Adenosine for the management of patients with tachycardias – a new protocol. Eur Heart J 1994; 14: 589–93.

International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 4. Advanced life support. Resuscitation 2005: 67: 213–47.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. med. Hans Domanovits
Universitätsklinik für Notfallmedizin,
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: hans.domanovits@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☑ Medizintechnik-Produkte

Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik

Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH

Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH

InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**