

Homepage

Hauptseite

Wer ich bin

Alpinmedizin

Med. Beratung

Impressionen

Wetter

Termine

Gästebuch

Links

Kontakt

Log

Impressum

Aktuelles Wetter

Montag, 29.06.2009

Speyer



29 °
C

© wetteronline.
de

Reisen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

[zurück zur
Artikelübersicht](#)

Reisen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes leben in Deutschland im Jahre 2004 20 Millionen Menschen, die älter als 60 Jahre sind. Da die meisten Arbeitnehmer mit 59,6 Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden, ist für diese Bevölkerungsgruppe Reisen ein durchaus wichtiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität. Sich körperlich oder geistig fit zu halten ist für über 90% der über 55-jährigen wichtiger, als ein langes Leben. Vorerkrankungen wie Hypertonie, koronare Herzerkrankung und eine manifeste Herzinsuffizienz stellen Patienten als auch Ärzte häufig vor das Problem, ob eine geplante Auslandsreise, insbesondere aber eine Reise in das außereuropäische Ausland überhaupt zumutbar ist und nicht eine Gefahr darstellt mit evtl. Verschlechterung der Herz-Kreislaufsituation. Anhand von Literatur und vor allem eigener langjähriger Erfahrung in der Beratung dieser Patientenklintel soll hier ein Überblick gegeben werden, da doch aus oft falsch verstandener Furcht Patienten von einer Reise abgeraten wird.

Im Jahre 2001 waren 36% von Reisenden ins Ausland älter als 60 Jahre. Im Jahre 1997 reisten in Deutschland fast 17 Millionen Menschen in Risikogebiete wie Süd- und Osteuropa und weltweit über 130 Millionen in nach Asien und in den Pazifik. Derartige Reiseziele können für den Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein Risiko darstellen.

Flugreisen:

Die ersten Probleme ergeben sich schon bei Flugreisen, da in der Kabine ein Druck entsprechend einer

Höhe von etwa 2400 Metern herrscht. Verbunden ist damit eine Verringerung der Sauerstoffsättigung auf etwa 90% sowie eine sehr geringe Luftfeuchtigkeit. Nach Informationen des Medizinischen Dienstes der Lufthansa stehen die kardialen Komplikationen bei Flugreisen an erster Stelle, weltweit zwischen 400 und 500 pro Jahr. In Anbetracht von etwa 30 Millionen Reisenden jährlich allerdings eine verschwindend kleine Zahl. Bei Reisen mit Herzerkrankungen in Flugzeugen sollten gewisse Regeln beachtet werden. Im Durchschnitt sollte nach Eingriffen wie

- PTCA's und Stents zwei Wochen ,
- Bypass- oder Klappenoperation etwa drei Wochen,
- schwerer Myokardinfarkt mit Komplikationen bis zu 12 Wochen

gewartet werden, bis eine Flugreisetauglichkeit wieder hergestellt ist. Der Blutdruck sollte so eingestellt sein, dass 200/120 mm Hg nicht überschritten werden. Vor Abflug sollte bei Schrittmacher- oder AICD - Trägern eine Kontrolle erfolgen.

Probleme können sich auch bei hoch gelegenen Flughäfen ergeben. So liegt der Airport von La Paz in Bolivien auf 4100 m, Lhasa in Tibet auf 3700 m und Quito in Ecuador auf 2800 m Höhe. Derartig hoch gelegene Reiseziele können nach Ankunft im Zielflughafen bei Start auf Meereshöhe dem Reisenden durchaus Probleme bereiten. Hierüber muss vor Abflug mit dem Patienten gesprochen werden. Bei älteren Reisenden ist das Problem der Zeitverschiebung bei Flügen von Ost nach West oder umgekehrt zu beachten, wobei Flüge nach Osten schlechter toleriert werden. Patienten mit Herzinsuffizienz und diuretischer Therapie sollten über das Risiko einer Reisetrombose aufgeklärt werden. Während des Fluges ist auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Bewegung zu achten oder aber eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin in Erwägung zu ziehen.

Reisen in besondere Klimaregionen:

Reiseziele in Klimaregionen wie die Tropen, Wüsten oder hohe Gebirge stellen in der Ärztlichen Beratung eine besondere Herausforderung dar, insbesondere für Patienten mit koronarer Herzerkrankung oder aber Herzinsuffizienz. Große Hitze und Schwüle führen zum Anstieg von Herzfrequenz, Körpertemperatur sowie Gewichtsverlust über vermehrte Schweißsekretion und Verminderung des Herzminutenvolumens. Vor Antritt der Reise sollte eine Diagnostik erfolgen bezüglich einer evtl. Angina pectoris - Symptomatik, oder aber ob sich Hinweise auf eine manifeste Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen ergeben. Auch das Verhalten bei Notfällen und evtl. Interaktionen, zum Beispiel durch Malaria-Prophylaxe müssen besprochen werden. Probleme durch Diarrhoen oder die Frage nach dem Impfstatus sind ebenso Bestandteil einer umfassenden Beratung. Patienten mit Herzklappenfehlern müssen über mögliche Risiken einer Endokarditis und speziellen Verhaltensweisen aufgeklärt werden. Vor Abflug ist eine klinische Untersuchung, Echokardiographie sowie Röntgen Thorax-Untersuchung erforderlich.

Hitze und Schwüle führen oft zu Problemen durch den vermehrten Flüssigkeits- und Elektrolytverlust wodurch eine Induktion von Herzrhythmusstörungen denkbar ist. Hitze in Kombination mit Pharmaka, die eine orthostatische Intoleranz hervorrufen, kann eine Reise in Wüstenregionen zu einem Problem werden. Durch die Kombination von diverser Medikamente wie ACE - Hemmer, Alpha- / Beta-Blocker, Calciumantagonisten usw. kann im tropischen Klima schnell eine Orthostase bis hin zum Kreislaufkollaps ausgelöst werden. Besonders zu Beginn der Reise ist eine häufige Blutdruckkontrolle und evtl. Anpassung der Medikation erforderlich.

Kontraindikationen für einen Auslandsaufenthalt wären:

- ein frischer Herzinfarkt
- Hinweise für ein akutes Koronarsyndrom
- höhergradige Rhythmusstörungen
- schwere dekompensierte Herzinsuffizienz.

Bei Reisen, die mit besonderen körperlichen Aktivitäten wie Tauchen oder Trekking verbunden sind, kommen zu den klimatischen Belastungen evtl. Probleme durch die ungewohnte körperliche Aktivität hinzu. Hier gilt es ebenfalls im Vorfeld den Patienten sehr genau zu beraten.

Bei Tauchern mit Herzerkrankungen sind folgende Kontraindikationen zu beachten:

- höhergradige Rhythmusstörungen
- Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III und höher
- Symptomatische koronare Herzerkrankung
- Mitral- und Aortenstenosen III.-IV. Grades
- schlecht eingestellte arterielle Hypertonie

Trekking-Reisen

Bei Reisezielen in den Anden oder dem Himalaya sind besonders sorgfältige Voruntersuchungen

zwingend erforderlich. Dabei ist zu klären, ob der Patient seitens der koronaren Herzerkrankung klinisch stabil ist, oder ob sich Hinweise ergeben für eine Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen sowie die Art evtl. Begleiterkrankungen. Wichtig ist auch die Frage nach einer früheren Höhenerfahrung oberhalb von 3000 m bzw., ob bei früheren Reisen Probleme durch eine akute Bergkrankheit oder ein Höhenlungenödem auftraten und dem aktuellen Trainingszustand. Für derartige Reisen ist ein gewisses Maß an körperlicher Leistungsfähigkeit und Fitness erforderlich, in der Regel sollten 2-3 Watt pro Kilogramm Körpergewicht auf dem Ergometer geleistet werden.

Die akute Höhenexposition löst im Körper eine Sofortreaktion auf die Hypoxie aus. Es resultiert ein Anstieg der Herzfrequenz in Ruhe und unter Belastung, eine Zunahme der Kontraktionsgeschwindigkeit des Myokards sowie ein Anstieg des peripheren Gefäßwiderstandes und damit des Blutdruckes. In Folge ergibt sich ein Anstieg der Herzarbeit und des kardialen O₂-Verbrauchs. Nach Untersuchungen der Himalaya – Rescue - Association in Nepal ist andererseits bekannt, dass bei Trekkingreisen im Himalaya Notfälle als Folge von Herz-Kreislaferkrankungen, wie Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen sehr selten sind. Im Vordergrund stehen mehr die typischen höhenbedingten Erkrankungen wie akute Bergkrankheit und das Höhenlungenödem.

Auch aus eigener Erfahrung mit Patienten nach PTCA und Bypass-Operationen bei Trekkingtouren in unseren Alpen im Rahmen einer Koronarsportgruppe wurden Höhen bis 2600 Meter sehr gut vertragen, wenn die Patienten klinisch stabil waren seitens der Angina pectoris und ohne schwer reduzierte linksventrikuläre Funktion.

Ein **geringes Risiko** in der Höhe besteht bei

- körperlichen Belastungen mit normaler linksventrikulärer Funktion
- einer altersentsprechenden Ergometrie
- Fehlen einer Belastungsischämie
- Fehlen von hämodynamisch signifikanten Stenosen
- Zustand nach unkompliziertem Myokardinfarkt.

Empfehlungen für Höhen zwischen 3000–5000 Meter:

Für Patienten mit koronarer Herzerkrankung empfiehlt sich bei Trekkingtouren in Höhen zwischen 3000 m und 5000 m, dass sie klinisch stabil sind und eine gute Leistungsreserve haben. Wesentliche Blutdruckanstiege als auch Ischämien oder Arrhythmien sind bei vernünftiger Akklimatisation mit Höhenverlagerung der Schlafhöhe von maximal 500 Höhenmetern pro Tag nicht zu erwarten. Das Risiko

in solchen Höhen ist für Patienten mit Koronarer Herzerkrankung in erster Linie abhängig von der Schwere der Erkrankung, der Funktion des linken Ventrikels und der Qualität einer erfolgten Revaskularisation, entweder durch Bypässe oder mittels Dilatationen und Stents. So war im Februar dieses Jahres ein ca. 50 jähriger Amerikaner mit drei aortokoronaren Bypässen und drei erfolgreichen Dilatationen mit jeweiliger Stenteinlage ohne Probleme auf dem knapp 7000 m hohen Aconcagua, dem höchsten Gipfel des amerikanischen Kontinentes.

Koronarsportteilnehmer mit Bypässen und Dilatationen auf Bergtour in 2600 m Höhe

Interaktionen mit Malaria-Medikamenten

Medikamente zur Malaria-Prophylaxe in Kombination mit einer kardialen Medikation können gefährliche Interaktionen hervorrufen. Das Problem ergibt sich durch den Abbau der Medikamente über das Enzym Cytochrom P 450 aber auch durch eine Verlängerung der QT - Zeit im EKG mit der Auslösung von Torsade de pointes. Besondere Aufmerksamkeit sollte bei diesen Kombinationstherapien bestehen. Die Verordnung von Mefloquin mit Amiodaron, Betablocker oder Calciumantagonisten kann zu einer erheblichen Verlängerung der QT - Zeit führen. Eine gemeinsame Verordnung vermieden werden, um Torsade de pointes nicht zu induzieren.

*Artemether-Lumefantrin (Riamet) sollte nicht mit Grapefruitsaft und Metoprolol kombiniert werden, da beide über das Zytochrom P abgebaut werden und Grapefruitsaft dieses in der Leber und der Darmwand komplett hemmen kann. In der Folge resultieren erhebliche Anstiege der Blutspiegel dieser Substanzen mit der Möglichkeit entsprechender Nebenwirkungen. Ist eine Kombinationstherapie unerlässlich, sollte die Einnahme ausreichend lange vor der Einreise in das Malariagebiet begonnen werden, um im EKG eventuelle Auswirkungen auf die QT –Zeit noch rechtzeitig zu bemerken. Über das Zytochrom P 450 werden die meisten *Antiarrhythmika, Calciumantagonisten, Statine und AT 1-Blocker* abgebaut.*

Fazit:

Werden wesentliche Kontraindikationen bei Reisen außerhalb Europas beachtet, die speziellen Risiken mit dem Patienten intensiv vor Antritt der Reise besprochen und er über spezielle Verhaltensweisen in abgelegenen Regionen instruiert, ist trotz seines gesundheitlichen Handicaps das Reisen in derartige Länder mit einem vertretbaren Risiko einzuschätzen. Niemandem muss deshalb aus falscher Vorsicht von

derartigen Reisen abgeraten werden. Mit einer vernünftigen Risikoabschätzung durch entsprechende Voruntersuchungen und ausreichende Informationen und Instruktionen des Patienten ist das Risiko für ihn stark minimierbar. Der Gewinn an Lebensqualität ist ein wesentlicher Faktor für Patienten im Anschluss an ein erfülltes Berufsleben, dies sollte immer in Relation zum evtl. Reiserisiko gesehen werden.

[nach oben](#)

Mail an: [Webmaster](#) (Ingo Schilling)

Launching der WebSite am: 01.10.2004 • Zuletzt aktualisiert am: 30.09.2007 21:50

Mit Nutzung dieses Online-Angebotes erkennt jeder Besucher die im [Impressum](#) aufgeführten Sachverhalte uneingeschränkt an!

>>> Bitte Beachten ---> Diavortrag "Traumberge Südamerikas am 26.10. in Neuhofen/Pfalz und am 07.11. in Heidelberg- siehe Rubrik "Termine"

<<<