



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

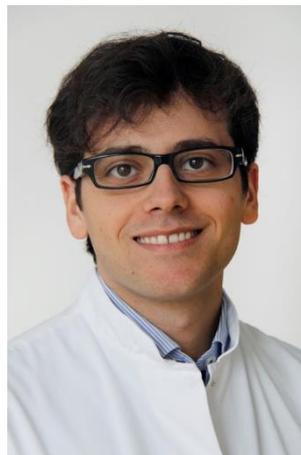
Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 08/2016“

Das BAVTAV Register: Notfall Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) im Vergleich mit Ballonaortenklappenvalvuloplastie (BAV) gefolgt von elektiver TAVI bei Patienten mit akuter dekompensierter Aortenklappenstenose.

Dr. Dario Bongiovanni, München

Einleitung:

Die dekompensierte Aortenklappenstenose ist ein Zustand mit massiv erhöhtem operativem Risiko und schlechter Prognose [1]. Allerdings ist trotz der neuen Verbesserungen der invasiven Therapien und der transkatheteren Interventionen die optimale Behandlung der akuten dekompensierten Aortenklappenstenose noch zu bestimmen. Seit Mitte der achtziger Jahre besteht die Möglichkeit einer transkatheteren Ballonaortenklappenvalvuloplastie (BAV) [2]. Diese Methode bietet eine sofortige Entlastung des linken Ventrikels, aber keine dauerhafte Lösung wegen der hohen Rate an Restenose und des Risikos einer relevanten Klappeninsuffizienz [3]. In den letzten Jahren haben die Verbesserungen bei kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (TAVI) dazu geführt, dass TAVI als neue Alternative zu BAV auch bei dekompensierter Aortenstenose im kardiogenem Schock in Frage kommt [4, 5]. Aufgrund von Verbesserungen der Trägersysteme, die in den allermeisten Fällen eine rasche Implantation ohne gefäßchirurgische Begleitung zulassen, ist TAVI eine alternative Therapieoption auch bei dekompensierten Patienten geworden. Jedoch bringt TAVI etwas längere Eingriffe und die Verwendung größerer Schleusen (14F statt 8F) mit sich, die das periinterventionelle Risiko erhöhen. Derzeit gibt es in der Literatur keine klaren Empfehlungen für die Behandlung im Notfall. Desweiteren fehlen Studien, die diese Therapieoptionen vergleichen. Das Ziel unserer multizentrischen retrospektiven Analyse war es, die frühen Ergebnisse der Notfall-TAVI (nTAVI) und der Notfall Balloon-Aortic-Valvuloplastie (nBAV) gefolgt von TAVI unter elektiven Bedingungen (eTAVI) zu bewerten.



Dr. Dario Bongiovanni

Methoden und Ergebnisse:

Der Notzustand wurde wie folgt definiert: kardiogener Schock oder schwere kardiale Dekompensation (NYHA IV) bei der Katecholamine-Therapie, Reanimation, invasive Beatmung oder intensive



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 08/2016“

Behandlung benötigt wird. Insgesamt wurden 128 Patienten mit akuter dekompensierter Aortenklappenstenose aus drei verschiedenen Registern (München, Kiel und Karlsruhe) in die Studie eingeschlossen. Die Daten wurden nach den VARC-2 Kriterien harmonisiert [6]. Auf die Durchführung eines präoperativen CTs wurde wegen der hämodynamischen Instabilität der Patienten verzichtet. Als primärer Outcome wurde die Mortalität nach 72 Stunden und 30 Tage bewertet. Sekundärer Outcome war die möglichen peri-interventionellen Komplikationen nach den VARC-2 Kriterien.

Von 128 Patienten wurden 14 mit Notfall-TAVI behandelt (Log.EuroScore I $37,49 \pm 18,3$), 114 dagegen nur mit Notfall-BAV (Log.EuroScore I $35,85 \pm 21,1$). Von diesen 114 haben 29 dann im Verlauf eine elektive TAVI-Implantation bekommen (Log. EuroScore I $26,3 \pm 14,5$). In der nTAVI Gruppe war die perioperative Mortalität 14,3%, in der nBAV Gruppe hingegen 21,1% ($p=0,55$). Nach 30 Tagen war die kardiovaskuläre Mortalität 25,0% für nTAVI und 29,6% für die nBAV Gruppe. Das Adjustieren der Analyse für potenzielle Störfaktoren mit logistischer Regression hat keine Hinweise auf einen statistisch relevanten Unterschied gezeigt. Unter den VARC-2 Kriterien wurde der signifikante Unterschied zwischen den Gruppen ($p < 0,05$) bei der Rate der hauptvaskulären Komplikationen (3,6% für nBAV, 21,4% für nTAVI, $p=0,01$) erreicht. Bemerkenswerterweise zeigten die elektiven TAVI-Implantationen nach nBAV eine Mortalität von 10,3% nach 72 Stunden und 17,2% nach 30 Tagen, die die übliche Mortalität bei elektiver TAVI von 2-3% deutlich übersteigt.

Zusammenfassung:

Die Notfall-TAVI ist eine mögliche Therapieoption bei Patienten mit kardiogenem Schock. Die Mortalität bei Patienten mit akuter dekompensierter Aortenklappenstenose ist nBAV und nTAVI in unserer multizentrischen, retrospektiven Analyse hoch. Auch die elektive TAVI nach nBAV zeigte eine überdurchschnittlich hohe Mortalität. Daher ist aus unserer Sicht kein eindeutiger Vorteil für eines der beiden hier genannten Verfahren auszumachen. Für eine definitive Beurteilung über die optimale kathetergestützte Behandlungsform der akuten dekompensierten Aortenklappenstenose unter aktuellen Bedingungen ist eine randomisierte, prospektive Studie notwendig.

1. Iung, B., et al., *A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease*. Eur Heart J, 2003. **24**(13): p. 1231-43.
2. Cribier, A., et al., *Percutaneous transluminal valvuloplasty of acquired aortic stenosis in elderly patients: an alternative to valve replacement?* Lancet, 1986. **1**(8472): p. 63-7.
3. Otto, C.M., et al., *Three-year outcome after balloon aortic valvuloplasty. Insights into prognosis of valvular aortic stenosis*. Circulation, 1994. **89**(2): p. 642-50.
4. Adams, D.H., J.J. Popma, and M.J. Reardon, *Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding prosthesis*. N Engl J Med, 2014. **371**(10): p. 967-8.
5. Smith, C.R., et al., *Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients*. N Engl J Med, 2011. **364**(23): p. 2187-98.
6. Kappetein, A.P., et al., *Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: the Valve Academic Research Consortium-2 consensus document (VARC-2)*. Eur J Cardiothorac Surg, 2012. **42**(5): p. S45-60.



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 08/2016“

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 9500 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitere Informationen unter www.dgk.org