



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 04/2015“

Eine neue Strategie für persistierendes Vorhofflimmern: LAA Isolation mittels perkutaner MAZE-Ablationsprozedur

Dr. Stefano Bordignon, Frankfurt am Main

Die optimale Strategie zur Katheterablation von persistierenden Vorhofflimmern (VHF) ist unklar. Die Frage ob eine VHF-Triggerablation (Pulmonalvenen Isolation), Substratmodifikation oder eine Kombination durchgeführt werden sollte, ist noch offen. Zudem legen neuere Daten nahe, dass neben den Pulmonalvenen (PV) das linke Vorhofohr (LAA) eine kritische Struktur bei der VHF-Initiierung spielen kann. Daher wurde das LAA sogar als die „fünfte Pulmonalvene (PV)“ bezeichnet.



Dr. Stefano Bordignon

Im Cardioangiologischen Centrum Bethanien, Frankfurt am Main haben wir daher die Ablationsstrategie verfolgt, welche nach zirkumferentieller PV Isolation eine linksatriale (LA) Substratmodifikation mit LAA Isolation kombiniert. Nach einer zirkumferentiellen PV-Isolation im Rahmen einer Index Prozedur wurden in Re-Prozeduren lineare Läsionen im LA angelegt mit dem Endpunkt einer elektrischen LAA Isolation. Wir führten dabei eine perkutane „Maze-Ablation“ durch (1. zirkumferentielle PV-Isolation, 2. Dachlinie, 3. anteriore Linie, 4. Mitral-Isthmus-Linie; siehe Abbildung). Die bidirektionale Blockade aller Linien wurde durch die LAA-Isolation bestätigt.

In dieser retrospektiven Analyse wurden bei insgesamt 50/2000 VHF Ablationspatienten (2,5%) das LAA elektrisch isoliert. Diese hoch selektionierten Patienten (68 ± 10 Jahre) hatten zumeist persistierendes VHF (64%), langanhaltendes persistierendes VHF (24%) oder linksatriale Tachykardien (12%). Alle Patienten wurden mehrfach für VHF ablatiert (2.5 VHF-Ablationen/Patient). Die Dauer der „perkutanen MAZE-Prozedur“ betrug 133 ± 42 min mit einer Durchleuchtungszeit von 16 ± 7 min.



DGK.

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

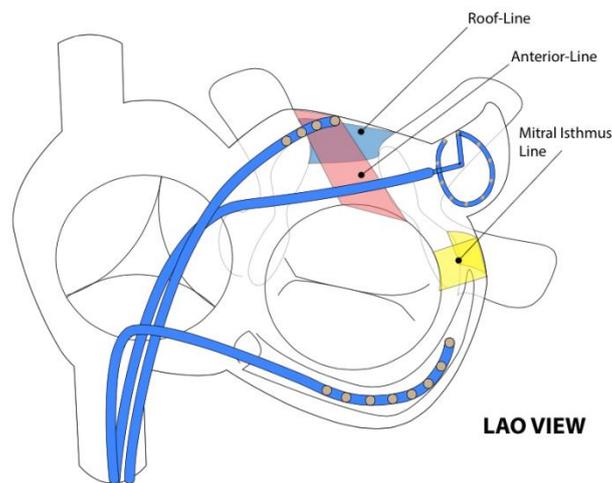
Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2015“

Diese extensive Form der Ablation wurde bei 4 Patienten (8%) von einer bei Herzbeuteltamponade verkompliziert, die in allen Fällen nicht chirurgisch behandelt werden konnte. Interessanterweise konnte jedoch im Verlauf bei 33/50 Patienten (66%) ein Sinusrhythmus (Follow-up: 351 Tage; Q1-Q3 214-462) erzielt werden. Diese relativ hohe Erfolgsrate bei „non PV Isolation responder“ deutet das Potenzial dieser Ablationsstrategie an.

Die optimale Schlaganfallprophylaxe nach elektrischer LAA-Isolation ist unklar. Daten aus dem AK St. Georg, Hamburg zeigen dass das Schlaganfallrisiko bei diesen Patienten trotz oraler Antikoagulation (OAK) erhöht ist. Wir haben daher all unseren Patienten eine intensivierete OAK und perkutane LAA-Okkluder-Implantation nach 6 Wochen empfohlen. In unserer Studie (n=50 Patienten) haben 25 Patienten die OAK fortgeführt, 25 Patienten wurden mit einer LAA-Okklusion behandelt. Im weiteren Verlauf (163 Tage nach der LAA-Okkluder-Implantation; Q1-Q3 41-267) erlitten 3 Patienten in der OAK-Gruppe und 1 Patient in der LAA-Okkluder-Gruppe eine Komplikation (Blutung oder kardioembolisches Ereignis). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

Unsere Studie zeigt die Wirksamkeit einer extensiven VHF Ablationsstrategie für Patienten, die nicht auf eine zirkumferentielle Pulmonalvenenisolation (PVI) ansprechen. Die elektrische LAA-Isolation unter Verwendung linearer Läsionen sollte allerdings nur im Ausnahmefall angewendet werden, da die Rate an kardialen Tamponaden erhöht ist. Die ideale Schlaganfallprophylaxe vor dem Hintergrund eines elektrisch isolierten LAAs ist jedoch unklar. Unsere Strategie einer LAA-Okklusion 6 Wochen nach der Ablation scheint sicher und effektiv zu sein, jedoch sind zukünftig mehr Daten und randomisierte Studien notwendig.



Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 9000 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