



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE  
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.  
German Cardiac Society**

Achenbachstraße 43  
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung** *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2013*

**Effektivität und Sicherheit der Epikardialen Ablation Ventrikulärer  
Tachykardien bei Patienten mit Arrhythmogener  
Rechtsventrikulärer Dysplasie**

**Dr. Shibu Mathew, et. al. ,Hamburg**

Die Prävalenz der Arrhythmogenen Rechtsventrikulären Dysplasie (ARVD) wird in der Allgemeinbevölkerung auf 1:2000 bis 1:5000 geschätzt und ist mit einem hohen Risiko eines plötzlichen Herztodes assoziiert. Aufgrund des progredienten Verlaufes der Erkrankung ist die Behandlung der ARVD komplex. Rezidive nach endokardialer Ablation ventrikulärer Tachykardien (VT) sind häufig. Rezente Arbeiten konnten nachweisen, dass im Bereich des rechten Ventrikels epikardial ein größeres arrhythmogenes Narbenareal als endokardial vorzufinden ist. Die epikardiale Ablation von VT stellt nach wie vor eine komplexe elektrophysiologische Prozedur dar. Komplikationsraten bei derartigen Eingriffen sind in wenigen Studien mit bis zu 6% beziffert. Die Datenlage hinsichtlich der Sicherheit und der klinischen Effektivität solcher Eingriffe ist deutlich limitiert. Ziel dieser Studie war es zum einen, die Akutergebnisse nach epikardialer Ablation von VT bei zugrundeliegender ARVD sowie die möglichen Komplikationen bei Eingriffen dieser Art zu erheben.



Dr. Shibu Mathew

Eingeschlossen wurden in diese Untersuchung Patienten mit einer diagnostizierten ARVD und symptomatischen VT. Bei allen Patienten wurde nach Induktion der klinischen VT ein dreidimensionales elektroanatomisches, endokardiales und epikardiales 3D-Map erstellt. Der hierzu notwendige epikardiale Zugang wurde durch eine subxiphoidale Punktion unter fluoroskopischer Kontrolle durchgeführt. Zur Bestätigung der richtigen Positionierung wurde Kontrastmittel appliziert.

Insgesamt wurden 31 epikardiale VT-Ablationen bei 24 Patienten (18 männlich, 42±17Jahre) mit einer ARVD als Grunderkrankung durchgeführt. Einen ICD



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE  
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.  
German Cardiac Society**

Achenbachstraße 43  
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung** *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2013*

hatten 13/24 (54%) Patienten bereits präablationem. Bei 9/24 (38%) Patienten führte ein elektrischer Sturm zur stationären Aufnahme.

Postablationem konnte bei 18/24 (75%) Patienten ein akut erfolgreiches Ergebnis dokumentiert werden. Die Induzierbarkeit einer nicht klinischen, schnelleren VT, bei nicht Induzierbarkeit der klinischen VT gelang postablationem noch bei 1/24 (4%) Patienten. Bei 5/24 (21%) Patienten war die Induktion der klinischen VT nach wie vor möglich.

Bei 7/24 (29%) Patienten waren 2 und bei 1/24 (4%) Patienten 3 epikardiale Ablationen notwendig. Eine epikardiale Ablation war bei 4/7 (57%) Patienten nach stattgehabter epikardialer Ablation nicht mehr durchführbar. Bei diesen Patienten zeigten sich Adhäsionen mit der Konsequenz, dass bei 3/7 (43%) Patienten der epikardiale Zugang zwar möglich war, aber kein vollständiges Erreichen aller notwendigen Areale. Bei 1/7 (14%) Patienten war schon der epikardiale Zugang nicht mehr möglich, sodass hier eine chirurgische Fensterung mit anschließender epikardialer Ablation durchgeführt wurde.

Perinterventionell kam es bei 1/24 (3%) Patienten zu einer Perikardtampnade. Weitere 4/24 (17%) Patienten entwickelten im Verlauf Zeichen einer sterilen Perikarditis. Bei keinem der Patienten kam es zu ablationsbedingten Verletzungen der Koronararterien.

In der Zusammenschau konnte ein akuter Erfolg bei 75% der Patienten nach epikardialer Ablation erreicht werden. Das Risiko schwerer Komplikationen lag in diesem Kollektiv bei 3%. Wiederholte epikardiale Zugänge erhöhten das Risiko von Adhäsionen und damit die zukünftige Nichterreichbarkeit des potentiellen arrhythmogenen Substrates.

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 8200 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](http://www.dgk.org)*