



**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*

**Katheterablation idiopathischer ventrikulärer Arrhythmien:
Bedeutung des epikardialen Zugangsweges**

Dr. Tilko Reents, München

Ventrikuläre Arrhythmien treten in der Mehrzahl der Fälle im Zusammenhang mit einer strukturellen Herzerkrankung wie z.B. einem Myokardinfarkt, einer Kardiomyopathie oder einer Myokarditis auf.



Dr. Tilko Reents

Bei ca. 10% der Patienten lässt sich allerdings keine zugrunde liegende strukturelle Herzerkrankung nachweisen. Diese sogenannten idiopathischen ventrikulären Tachykardien (VT) und ventrikulären Extrasystolen (VES) beruhen in der Regel auf einem arrhythmogenen Fokus, der sehr oft in der Region des rechts (RVOT) - oder linksventrikulären (LVOT) Ausflusstrakts lokalisiert ist. Typischerweise zeigen sich monomorphe ventrikuläre Salven und/oder gehäufte VES. In seltenen Fällen treten anhaltende VT auf, die bei den Patienten zu Palpitationen, Schwindel oder Prä-/Synkopen führen können.

Eine antiarrhythmische Therapie (β -Blocker, Ca-Antagonisten, Klasse Ic Antiarrhythmika) ist im Langzeit-Verlauf nur in ca. 25-40% der Fälle effektiv, während mit einer Katheterablation bei einem Follow-up von ca. 12 Monaten Erfolgsraten von 70-90 % erreicht werden können.

Im Deutschen Herzzentrum München wurden zwischen 2011 und 2012 insgesamt 81 Patienten mit idiopathischen Ausflusstrakt- VES (79 Patienten) oder Ausflusstrakt- VT (2 Patienten) behandelt. Bei allen Patienten wurde ein dreidimensionales Mapping-System (Carto3[®], Biosense-Webster) verwendet. Die Ablation der VES oder VT wurde bei 61/81 Patienten (75%) im RVOT und bei 20/81 Patienten (25%) im LVOT mit einer mittleren Prozedurdauer von 110±50



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*

min und einer Fluoroskopiezeit von 13 ± 10 min durchgeführt. Ein Akut-Erfolg zeigte sich bei 60/81 Patienten (75%).

Bei 9 Patienten wurde nach ausgedehntem endokardialen Mapping und frustraner Ablation ein epikardialer Ursprung der fokalen Aktivität vermutet.

Eine epikardiale Prozedur wurde bei 8 der 9 Patienten durchgeführt (1 Patient RVOT Tachykardie, 2 Patienten mit LVOT- VES und 5 Patienten mit RVOT- VES). Die mittlere Prozedurdauer betrug 161 ± 64 min mit einer Durchleuchtungszeit von 21 ± 8 min. Es wurde eine subxiphoidale Punktion durchgeführt und über eine steuerbare Schleuse (Agilis epicardial[®], St. Jude Medical) ein Ablationskatheter (Thermocool SF[®] Biosense-Webster) in den Perikardspalt eingebracht, mit dem ein epikardiales Aktivitätsmapping der Ausflusstrakte durchgeführt wurde. Um Läsionen in unmittelbarer Nähe von Koronarien (insbesondere der proximalen LAD) zu vermeiden wurde vor Ablation eine selektive Angiographie des Hauptstammes mit LAD und LCX durchgeführt. Die Energieabgaben im Perikardspalt wurden power-controlled (35-45 Watt; Spülung 15ml/min) appliziert. Eine Reduktion der VES von durchschnittlich 24% vor Ablation auf 1% nach der epikardialen Ablation konnte bei allen 6 Patienten erreicht werden. Der Patient mit anhaltender VT aus dem RVOT war 5 Monate nach epikardialer Ablation sowohl anamnestisch als auch in repetitiven Langzeit- EKGs arrhythmiefrei. Es traten keine Komplikationen im Zusammenhang mit der epikardialen Prozedur auf.

Zusammenfassend führte in unserem Kollektiv bei den ca. 10% der Patienten, die mit einer endokardialen Ablation von idiopathischen VES/VT nicht erfolgreich behandelt werden konnten, der epikardiale Zugangsweg zu einer dauerhaften Reduktion der VES auf <1% bzw. zu einer Elimination der VT.

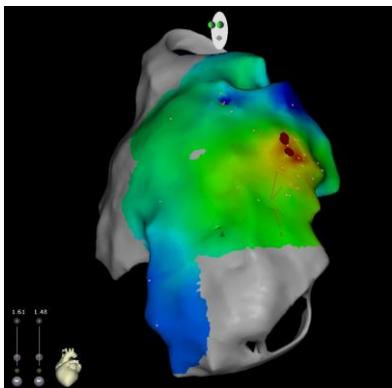


Abb. 1: Epikardiales Aktivierungsmap (Carto 3[®]) einer ventrikulären Extrasystolie aus dem LVOT (LAO- Projektion). Rot= Ort der frühesten Aktivierung. Die Ablationsläsionen sind als braune Punkte markiert.



**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*

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