



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 04/2016“

Reoperation for Progressive Aortic Valve Regurgitation after Valve-Sparing Aortic Root Surgery - A Multicenter Study

Dr. Fabian A. Kari, Freiburg/Bad Krozingen

Der klappenerhaltende Aortenwurzeleratz mit oder ohne zusätzliche rekonstruktive Maßnahmen an den Kommissuren oder Klappentaschen ist eine Behandlungsalternative für Patienten mit Aortenwurzelpathologien. Aortenwurzelaneurysmen mit begleitender Aortenklappeninsuffizienz können so behandelt werden, ohne die meist jungen Patienten den Risiken einer dauerhaften Antikoagulation auszusetzen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Rekonstruktion ist unter anderem geeignetes Taschengewebe, das ausreichend mobil sein sollte und keine Restriktion als Folge von Fibrosierung oder Kalzifizierung aufweist. Pathologien, die mittels eines klappenerhaltenden Aortenwurzeleratzes (Reimplantation "David", Remodeling "Yacoub") behandelt werden, umfassen Aortenklappeninsuffizienz bei trikuspidaler oder bikuspidaler Aortenklappe vom Typ I mit Gefügedilatation der Aortenwurzel. Zudem können Aortenklappeninsuffizienzen vom Typ II mit Taschenprolaps, oder kombinierte Mechanismen in dieser Weise behandelt werden.



Dr. Fabian A. Kari

Die Indikation zum klappenerhaltenden Wurzeleratz und Aortenklappenrekonstruktion wurde von mehreren Gruppen erweitert auf Patienten mit akuter Typ A Aortendissektion und verschiedenen Typen und Konfigurationen der bikuspidalen Aortenklappe. Für Patienten mit Marfan-Syndrom oder anderen Bindegewebserkrankungen, die zu proximalen thorakalen Aortenaneurysmen führen, gilt die David-Operation als Therapie der Wahl.



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 04/2016“

Bisher wurden mehrere Studien zu retrospektiven Beobachtungen an einzelnen Zentren berichtet, um die mittel- und längerfristigen Ergebnisse nach David-Operation zu untersuchen. Klinisch bedeutsame Endpunkte sind neben Überleben, Freiheit von Blutungskomplikationen, Freiheit von Schlaganfällen und Reoperationen (Aortenklappenersatz/Re-Rekonstruktion) auch echokardiographische Parameter. Risikofaktoren für residuelle Aortenklappeninsuffizienz (AI), Progress einer residuellen AI oder "new onset" AI sind bisher noch nicht untersucht worden. Größere multizentrische Kohortenstudien zur Charakterisierung mittelfristigen Überlebens und Reoperationsraten wurden bisher noch nicht durchgeführt.

Die Ziele der vorliegenden Studie waren die Charakterisierung mittelfristigen Überlebens, sowie Freiheit von Reoperation (Aortenklappenersatz) in einer multizentrischen retrospektiven Kohortenstudie. Zudem sollte anhand eines Propensity-Score Matching Modells der Einfluss zusätzlicher Rekonstruktion der Klappentaschen auf das funktionell Ergebnis untersucht werden. Die Inzidenz und Risikofaktoren residueller AI, progressiver AI, sowie "new onset" AI im mittelfristigen Verlauf wurden untersucht.

Zwischen 1994 und 2014 wurden 1015 Patienten an den Herzzentren in Lübeck (n=343, 24%), Stuttgart (n=346, 34%), Hamburg (n=109) und Freiburg (n=217, 21%) mittels klappenerhaltendem Aortenwurzelersatz behandelt. Hiervon erhielten n=288 (28%) zusätzliche Taschen- oder Kommissurrekonstruktion, (n=727, 72%) waren isolierte Wurzelersatzoperationen. LogRank Tests und multiple Regressionsverfahren wurden zur Identifizierung von Risikofaktoren benutzt. Die mittlere Nachbeobachtungszeit lag bei 5.2±3.9 Jahren. Logistische Regressionsanalysen wurden benutzt um Risikofaktoren für die Endpunkte 1. residuelle AI (rAI) 2. "new onset" AI (nAI) und 3. progressive AI (pAI). T-tests und ANOVA wurden zur Bestimmung von Subgruppenunterschieden berechnet.

Patienten mit einer trikuspiden Aortenklappe hatten etwas geringere Überlebensraten als Patienten mit einer bikuspiden Aortenklappe bei elektiver Operation (BAV, 89% vs. 98% at 8 years, p=0.049, mittleres Alter 54 vs. 46 Jahre). Präoperativer NYHA Status und Größe des Aneurysmas waren prädiktiv für das Überleben im mittleren Follow-Up (p=0.03). Die Freiheit von Aortenklappenersatz betrug 90% nach acht Jahren. BAV (p=0.03) und initiale Klappenfunktion (p=0.4) hatten keinen Einfluss auf die Reoperationsrate. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Klappenrekonstruktion (Taschen/Kommissuren) war nicht verbunden mit dem Auftreten von Reoperationen: die Freiheit von Aortenklappenersatz nach acht Jahren betrug 84% bei Patienten mit Klappenrekonstruktion vs. 90% bei Patienten die eine isolierte Reimplantationsoperation erhalten hatten (p=0.22). Das Marfan Syndrom hatte keinen Einfluss auf das Überleben oder die Notwendigkeit eines Aortenklappenersatzes. Die Inzidenz der rAR betrug 29%, mit Risikofaktoren Aneurysmagröße (p=0.07) und präoperative Klappenfunktion (p=0.08). rAR war häufiger bei Patienten die kein Bindegewebssyndrom aufwiesen (34% vs. 14%, OR 0.4, p<0.001). pAR war bei 30% der Patienten vorhanden nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 4,3 Jahren. Die Progressionsrate residueller AI betrug näherungsweise 0.3 AI Grade pro Patientenjahr innerhalb der ersten fünf Jahre. Progression einer



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 04/2016“

rAR innerhalb der ersten vier Jahre führte bei 26% der Patienten zu einem Aortenklappenersatz im späteren Verlauf vs. 4% bei Patienten die keine pAR aufwiesen. Es wurden zwei Spitzen der Inzidenzen eines Aortenklappenersatzes gefunden: eine nach 3 Jahren und eine 9 Jahre nach der Operation.

Zusammenfassend ist die Inzidenz der rAI beträchtlich in einer aktuellen multizentrischen Serie der V-SARR. Diese progrediert mit ca 0.3 Graden pro Patientenjahr innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Operation. Wenn rAR früh progrediert, benötigt etwa ein Drittel dieser Patienten einen Aortenklappenersatz im späteren Verlauf. Um die Morphologien und Patienten unter Risiko bezüglich rAR und pAR besser zu definieren und um die Patientenselektionierung zu verbessern, sowie die Wahl der Rekonstruktionstechnik zu optimieren wird in Zukunft prospektive Multicenter-Forschung nötig sein.

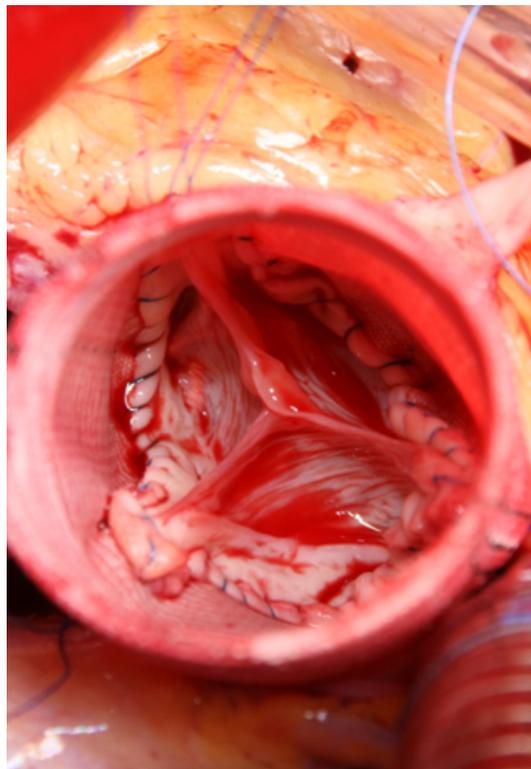


Abb. 1



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 04/2016“

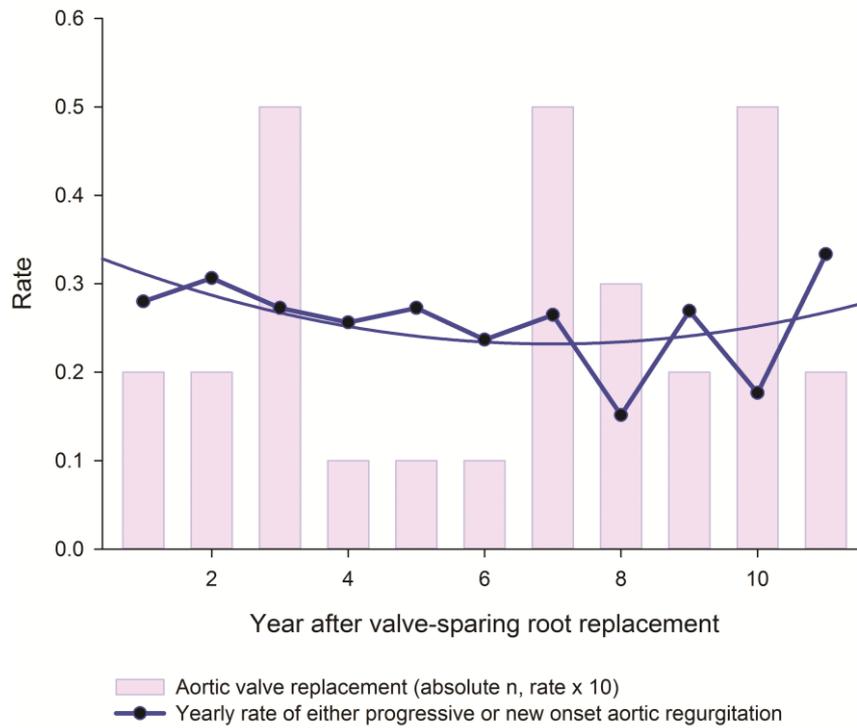


Abb. 2

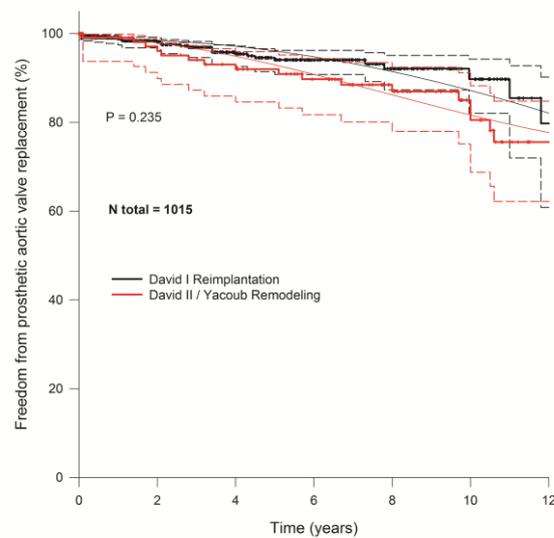


Abb. 3



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 04/2016“

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