



**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](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

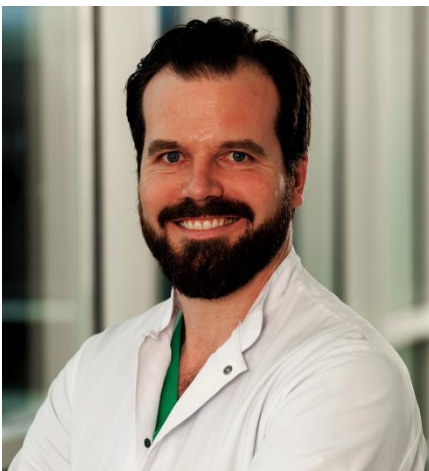
**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2018“**

## **Analgesedierung versus Vollnarkose bei TAVI – Ergebnisse aus dem Deutschen Aortenklappenregister**

**Priv.-Doz. Dr. Oliver Husser, Dortmund**

Die Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI) hat die Behandlung der hochgradigen symptomatischer Aortenklappenstenose revolutioniert und es gibt es eine beträchtliche Zunahme der TAVI-Verfahren. Zunehmende Erfahrung von Operateuren und Heart Teams, die Weiterentwicklung der Transkatheter-Herzklappen, Schleusen und Einführungskathetern haben das Interesse an einer Vereinfachung des TAVI-Verfahrens geweckt.

Hier scheint die Möglichkeit, TAVI nur in örtlicher Betäubung und/oder Analgesedierung (LACS) anstelle einer Vollnarkose (GA) durchzuführen, besonders vielversprechend zu sein. Logistische Vorteile wie kürzere Eingriffszeiten sowie kürzere Intensiv- bzw. Krankenhausaufenthalten mit LACS müssen jedoch sorgfältig gegen Sicherheitsaspekte, wie zum Beispiel einem möglicherweise erhöhten Risiko für paravalvuläre Lecks und permanente Schrittmacherimplantationen welche bei LACS beobachtet wurden, abgewogen werden.



Priv.-Doz. Dr. Oliver Husser

In Ermangelung randomisierter kontrollierter Daten, bieten Register eine Möglichkeit, zur Bewertung beider Strategien.

Daher wurde in einer großen Population von 16543 Patienten aus dem deutschen Aortenklappenregister (GARY) die Anwendungshäufigkeit beider Strategien (LACS vs. GA) analysiert und der Effekt auf die 30 Tages- und 1 Jahres-Mortalität untersucht. Ein möglicher Selektions-Bias wurde durch zwei Ansätze reduziert: zum einen wurde ein Propensity-Score für die Wahrscheinlichkeit, TAVI in LACS zu erhalten, berechnet und in die multivariablen Modelle aufgenommen. Des Weiteren wurden durch ein 1-zu-1-Nearest-Neighbour-Propensity-Matching zwei Kohorten von 2624 Fällen pro Gruppe erstellt und verglichen.

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 81 Jahre, 56% waren weiblich und der mediane STS-Score betrug 4,8%. LACS wurde in 49% (8121/16543) als primäre anästhesiologische Strategie



## Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2018“

eingesetzt. Prozedurdauer und Durchleuchtungszeiten waren mit LACS signifikant kürzer, Konversion zur Sternotomie sowie Blutungskomplikationen waren seltener, vaskuläre Komplikationen jedoch häufiger. Es gab keinen Unterschied bei paravalvulären Lecks zwischen beiden Gruppen. Der intra-hospitaler Verlauf war mit LACS weniger komplikationsträchtig, was sich in einer geringeren Inzidenz von Low-Output-Syndromen, respiratorischer Insuffizienzen, postoperativer Durchgangssyndromen, kardiopulmonaler Reanimationen sowie Todesfällen zeigte.

Die Länge des Intensiv- bzw. des Krankenhausaufenthaltes unterschied sich nicht zwischen beiden Strategien. In der gematchten Population war LACS jedoch mit signifikant kürzeren Intensivaufenthalten assoziiert.

Die 30-Tages- und 1-Jahres-Mortalität betragen insgesamt 4,2% (695/16543) und 16,7% (2761/16543). Die 30-Tage-Mortalität war signifikant niedriger bei Patienten, die TAVI in LACS erhielten. Das unbereinigte Risiko für 30-Tage-Mortalität war signifikant niedriger mit LACS; ein Effekt, der nach multivariabler und Propensity-Score-Anpassung, sowie in der gematchten Population persistierte (siehe Abbildung).

Der nach 30 Tagen beobachtete Mortalitätsvorteil spiegelte sich nicht in einer niedrigeren 1-Jahres-Mortalität wider. Subgruppenanalysen zeigten besonders bei Patienten mit höherem Alter, niedrigerer ASA-Klasse (<4) und pulmonaler Hypertonie einen Mortalitätsvorteil nach 30 Tagen mit LACS.

Die vorliegenden Daten unterstreichen die Sicherheit und Wirksamkeit von LACS in TAVI mit weniger kompliziertem post-prozeduralen Verlauf sowie niedrigerer Frühsterblichkeit und bestätigt logistische Vorteile. Eine breite Anwendung durch erfahrene Teams erscheint gerechtfertigt.

### 30 Tages Mortalität

	LACS	GA		HR 95% CI	P	
Gesamt Population (n=16543)	3.5% (285/8121)	4.9% (410/8422)	unadjustiert	0.71 [0.61-0.83]	<0.001	
			multivariabel adjustiert	0.72 [0.60-0.86]	<0.001	
			P-Score adjustiert	0.72 [0.60-0.86]	<0.001	
Gematchte Population (n=5248)	2.8% (74/2624)	4.6% (122/2624)	Propensity-matched	0.6 [0.44-0.8]	<0.001	

### 1 Jahres Mortalität

	LACS	GA		HR 95% CI	P	
Gesamt Population (n=16543)	16.5% (1339/8121)	16.9% (1422/8422)	unadjustiert	0.97 [0.90-1.04]	0.380	
			multivariabel adjustiert	0.93 [0.85-1.02]	0.130	
			P-Score adjustiert	0.93 [0.85-1.02]	0.140	
Gematchte Population (n=5248)	14.1% (369/2624)	15.5% (408/2624)	Propensity-matched	0.90 [0.78-1.03]	0.130	

0.50      0.70      1.0  
← LACS besser

Abbildung 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](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

---

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2018“**

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 10.500 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)*