



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 04/2018“

Vergleich von Symptombfreiheit und Patientenzufriedenheit nach AV-Knoten-Ablation und Pulmonalvenenisolation bei symptomatischem Vorhofflimmern – Ergebnisse aus dem deutschen Ablationsregister

Priv.-Doz. Dr. Kristina Wasmer

Die Möglichkeiten zur Therapie symptomatischer Patienten mit Vorhofflimmern umfassen neben der medikamentösen antiarrhythmischen Therapie die Pulmonalvenenisolation und die AV-Knoten-Ablation (AVN-Ablation) nach vorheriger Schrittmacherimplantation. Aus dem deutschen Ablationsregister, an dem sich 52 Zentren beteiligten, durchgeführt von der Stiftung Institut für Herzinfarktforschung, Ludwigshafen, wurden jetzt Daten von Patienten ausgewertet, bei denen zur Therapie von Vorhofflimmern eine der beiden Ablationen durchgeführt worden war. Ziel der Analyse war der Vergleich zwischen beiden Gruppen in Bezug auf Patientencharakteristika, Ablationsergebnis und symptomatische Besserung nach einem Jahr.

Von insgesamt 4678 Patienten, die sich zwischen Januar 2007 und Januar 2010 aufgrund von symptomatischem Vorhofflimmern einer Katheterablation unterzogen haben und in das Ablationsregister eingeschlossen wurden, war bei 234 Patienten (5%) eine AVN-Ablation und bei 4444 Patienten (95%) eine Pulmonalvenenisolation erfolgt.

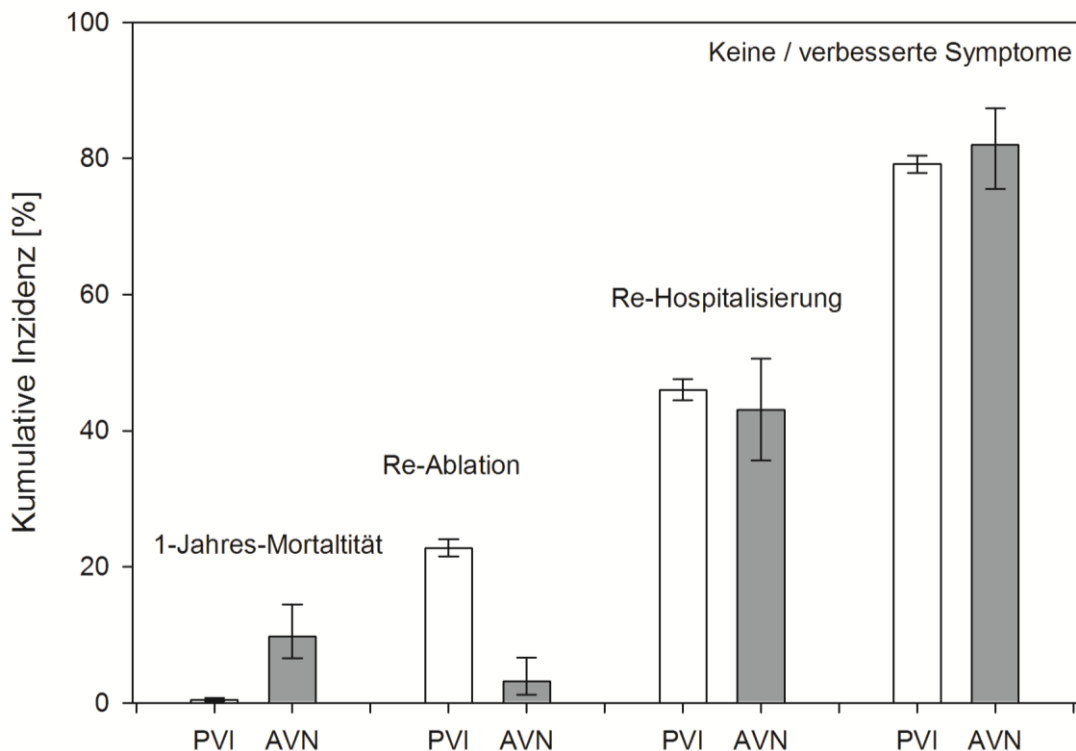
Patienten mit AVN-Ablation waren im Durchschnitt 10 Jahre älter als Patienten mit Pulmonalvenenisolation (71 ± 10 versus 61 ± 10 Jahre, $p < 0,001$), 33% waren älter als 75 Jahre. Der Frauenanteil war in der AVN-Ablationsgruppe außerdem signifikant höher (44% vs. 32%, $p < 0,001$). Patienten mit AVN-Ablation hatten signifikant häufiger Diabetes und Niereninsuffizienz (Diabetes 21% vs. 8%, Niereninsuffizienz 24% vs. 3%, beide $p < 0,001$), während Bluthochdruck in beiden Gruppen ähnlich häufig bestand (70% vs. 62%, $p = 0,3$). Außerdem waren bei Patienten mit AVN-Ablation signifikant häufiger eine strukturelle Herzerkrankung (80% vs. 36%, $p < 0,001$) und eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion ($LVEF \leq 30\%$, 28% vs. 1%, $p < 0,001$) bekannt. Patienten mit Pulmonalvenenisolation hatten dagegen signifikant häufiger paroxysmales Vorhofflimmern (63% vs. 18%, $p < 0,001$), im Vergleich zu Patienten mit AVN-Ablation, bei denen signifikant häufiger permanentes Vorhofflimmern bestand (44% vs. 7%, $p < 0,001$). Bei 9% der AVN-Ablationspatienten war vor dem jetzigen Eingriff bereits eine Ablation durchgeführt worden, bei PVI Patienten sogar in 19% der Fälle.

Der akute Erfolg war in beiden Gruppen mit 97% (AVN-Ablation) bzw. 96% (PVI) gleich hoch, auch bezüglich Komplikationen unterschieden sich beide Gruppen kaum. Schwere Komplikationen wurden bei 1% der PVI Patienten und 0% der AVN-Ablationen dokumentiert und betrafen Schlaganfälle (0,2%), schwerwiegende Blutungskomplikationen (0,8%) sowie einen herzchirurgischen Eingriff bei 0,1%. Die Prozedurdauer und Durchleuchtungszeit waren in der PVI-Gruppe erwartungsgemäß länger, auch der Anteil der Patienten, die mit Antiarrhythmikum entlassen wurden (55% vs. 21%), war höher.



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

Beim 1-Jahres-Follow-up, das telefonisch anhand eines standardisierten Fragebogens erfolgte, lag die Mortalität in der AVN Gruppe mit 9.8% signifikant höher als bei Patienten mit PVI (0.4%). Von den Patienten, die noch in der Nachsorge waren, hatte der Anteil derer mit Herzinsuffizienzsymptomatik im Stadium NYHA \geq II in beiden Gruppen abgenommen. Bemerkenswerterweise gab es keinen Unterschied in Bezug auf die Verbesserung der Symptomatik trotz des höheren Alters, der Ko-Morbiditäten und des Anteils mit permanentem Vorhofflimmern. 65% in der AVN-Ablations- und 62% in der PVI-Gruppe berichteten über eine Verbesserung ihrer Beschwerden und jeweils 17% hatten keine Symptomatik, während 15% bzw. 18% der Patienten keinen Unterschied angaben. Dieses vergleichbare Ergebnis hinsichtlich der symptomatischen Besserung hatte für PVI-Patienten seinen Preis: 23% der Patienten mit PVI im Vergleich zu 3% in der AVN-Ablations-Gruppe hatten sich während des 1-Jahres-Follow-up Zeitraums erneut einer Ablation unterzogen ($p < 0.001$). Außerdem waren Re-Hospitalisierungen aus kardiovaskulären Gründen in der PVI Gruppe im Vergleich zu AVN-Ablationsgruppe signifikant häufiger (35% vs. 22%, $p < 0.001$) und das obwohl die Patienten mit AVN-Ablation sehr viel älter und kardial erheblich häufiger vorerkrankt waren. Die Ergebnisse sind in der Abbildung graphisch dargestellt.



Schlussfolgerung: Die Daten aus dem Deutschen Ablationsregister unterstreichen, dass eine AVN-Ablation wesentlich seltener zur symptomatischen Therapie bei AF durchgeführt wird als eine PVI. Die AVN-Ablation erfolgt überwiegend bei älteren Patienten mit mehr Komorbiditäten, dies entspricht den Empfehlungen aktueller Leitlinien. Bemerkenswert ist, dass sich zwischen beiden Patientengruppen kein Unterschied im symptomatischen Benefit zeigt. Um diese vergleichbare



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 04/2018“

symptomatische Verbesserung zu erzielen, haben innerhalb eines Jahres etwa 25% der PVI Patienten mindestens eine erneute Ablation durchführen lassen, nahmen häufiger Antiarrhythmika ein und Prozedur-assoziierte in Kauf, wenngleich diese sehr selten waren. Kosten wurden in dieser Analyse nicht berücksichtigt, es ist aber anzunehmen, dass sie sich zu einer bedeutsamen Belastung für das Gesundheitssystem addieren.

Die Quintessenz der Analyse sollte nun nicht sein, dass eine AVN-Ablation die schnellere, einfachere und kostengünstigere Lösung bei der Behandlung von Patienten mit symptomatischem Vorhofflimmern ist. Die Indikationsstellung zur PVI sollte aber besonders bei älteren Patienten oberhalb des 75. Lebensjahrs kritischer hinterfragt werden, insbesondere wenn ein günstiger Effekt der PVI einer Re-PVI unwahrscheinlich ist.

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