



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2010*

## **Ablationstherapie bei Vorhofflimmern: Erstablation vs. Rezidivablation – Ergebnisse des Deutschen Ablations-Qualitätsregisters**

**Prof. Dr. Rüdiger Becker et al., Heidelberg**

**Samstag, 10. April 2010, 16.30 – 18 Uhr, Saal 15**

Für Patienten mit Vorhofflimmern (AF) steht mit der Pulmonalvenenisolation (PVI) ein kuratives Therapieverfahren zur Verfügung. Daten zur Versorgungslage in Deutschland standen bisher jedoch nicht zur Verfügung. Seit 2007 werden im Deutschen Ablations-Qualitätsregister prospektiv die prozedurbezogenen Daten aus 51 Zentren erfasst und in einer Internet-basierten Datenbank dokumentiert (Institut für Herzinfarktforschung an der Universität Heidelberg, Ludwigshafen). In dieser Studie wurden die Daten aller Patienten mit AF-Ablation nach Erst- und Rezidivablation gruppiert, um eine vergleichende Statistik bezüglich klinischer Charakteristik, technischer Prozedurdaten sowie Primär- und Langzeit-Ergebnissen zu ermöglichen (Stand 1.3.2010).



Prof. Dr. Rüdiger Becker

Das Register umfasst inzwischen 5448 Patienten mit AF-Ablation im medianen Alter von 63 (55 - 69) Jahren. Davon waren 75 Prozent Erst- und 25 Prozent Rezidivablationen. Die Mehrzahl der Patienten hatte keine strukturelle Herzerkrankung (63 %).

**Klinische Charakteristik des Patientenkollektivs und die Primärergebnisse der AF-Ablation inklusive hospitaler Komplikationen (n.b. = nicht berechenbar)**

	Rezidivablation	Erstablation	p	OR (95% CI)
Patienten, n (%)	1346 (25%)	4102 (75%)		
Männer (%)	71	67	<0,01	1,23(1,07-1,41))
Kardiale Grunderkrankung (%)	35	38	<0,05	0,87 (0,76-0,98)
LVEF ≤40% (%)	4,2	6,2	<0,05	0,66 (0,48-0,92)
AF-Typ				
Paroxysmal	58	62	<0,01	0,83 (0,74-0,94)
Persistierend	35	29	<0,0001	1,32 (1,16-1,50)
Permanent	7	9	0,06	0,80 (0,64-1,01)
Ablationsstrategie				
Zirkumferenzielle PVI (%)	80	84	<0,001	0,76 (0,65-0,89)
Segmentale PVI (%)	12	11	0,47	1,07 (0,89-1,29)
Lineare Läsionen (%)	26	14	<0,0001	2,17 (1,87-2,52)
Fraktionierte Potenziale (%)	22	8	<0,0001	3,06 (2,56-3,66)
AV-Knoten-Ablation (%)	3	5	<0,001	0,53 (0,38-0,75)
Prozedurdauer (min)	160	175	<0,0001	
Dauer Energieabgabe (min)	30	40	<0,0001	
Durchleuchtungszeit (min)	26	28	<0,001	
Flächendosisprodukt (cGy x cm <sup>2</sup> )	3435	3515	0,55	
Primärergebnisse				
Erfolg (%)	97	96	0,16	1,29 (0,90-1,84)
AF-Rezidiv bis Entlassung (%)	5	7	<0,01	0,65 (0,49-0,85)
Mortalität (hospital, ‰)	0	0,3	0,57	n.b.
Myokardinfarkt, nonfatal (%)	0	0	0,57	n.b.
Schlaganfall, nonfatal (%)	0,1	0,2	0,86	0,87 (0,18-4,19)
Atrioösophageale Fistel (%)	0	0		n.b.
Not-OP (%)	0	0,1	0,32	n.b.
Relevanter Perikarderguss (%)	0,7	0,8	0,66	0,84 (0,38-1,84)
Interventionsbed. Blutung (%)	0,4	0,5	0,66	0,80(0,30-2,15)

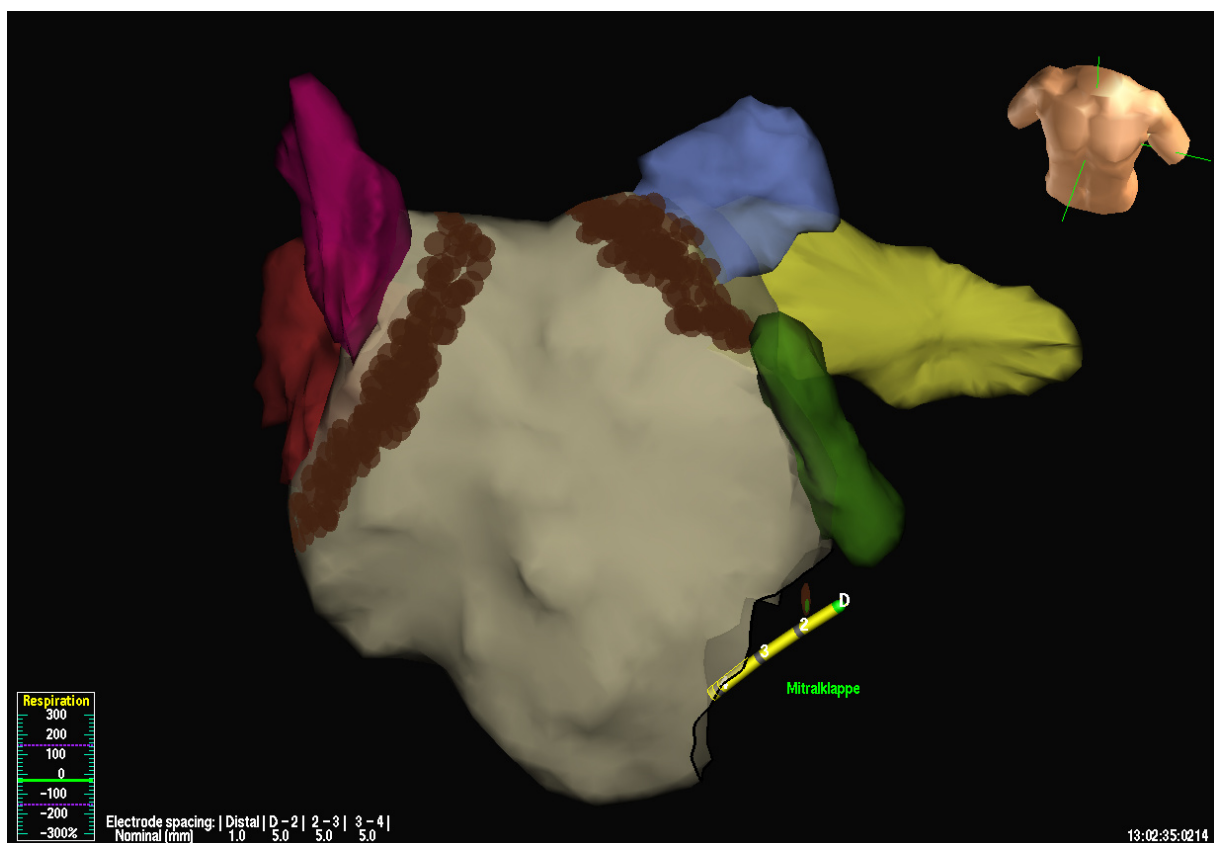
Die Ein-Jahres-Follow-up-Daten konnten bisher bei 45 Prozent der Patienten erfasst werden. Die Ein-Jahres-Überlebensraten waren 98,8 Prozent nach Erst- und 99,8 Prozent nach Rezidivablation ( $p < 0,05$ ). Nach Erstablation erlebten 55 Prozent und nach Rezidivablation 52 Prozent der Patienten eine Besserung ihrer Symptomatik ( $p = n.s.$ ). Ein dokumentiertes AF-Rezidiv wurde nach Erstablation in 45 Prozent und nach Rezidivablation in 41 Prozent der Fälle beobachtet ( $p = n.s.$ ). Interventionsbedingte Komplikationen im Follow-up waren selten: Pulmonalvenenstenose 0,2 Prozent vs. 0,4 Prozent ( $p = n.s.$ ), Phrenicusparese 0,5 vs. 0,9 Prozent ( $p = n.s.$ ) und atrioösophageale Fistel 0,2 vs. 0,1 Prozent ( $p = n.s.$ ; jeweils Rezidiv- vs. Erstablation). Beim Ein-Jahres-Follow-up waren noch 34 Prozent der Patienten nach Rezidivablation und 31 Prozent nach Erstablation mit Antiarrhythmika der Klassen I oder III behandelt ( $p = n.s.$ ).

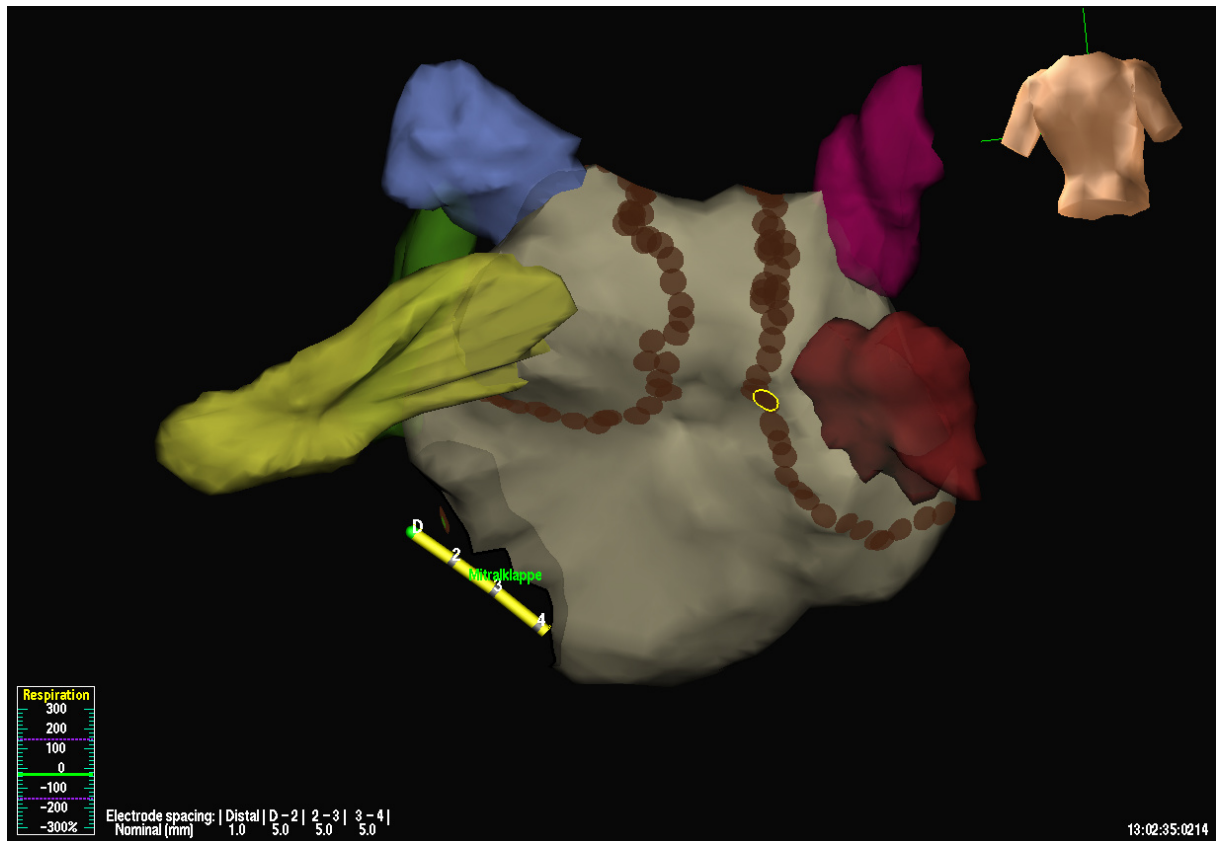
**Zusammenfassung:** Das Deutsche Ablations-Qualitätsregister umfasst inzwischen fast 5500 AF-Ablationen, davon drei Viertel Erstablationen. Bei den Rezidivablationen war persistierendes AF signifikant häufiger vertreten als bei den Erstablationen. Die bevorzugte Ablationsstrategie war in beiden Gruppen die zirkumferenzielle PVI, allerdings wurden bei Rezidivablationen signifikant häufiger lineare Läsionen platziert und fraktionierte Potenziale ablatiert. Prozedurdauer und Durchleuchtungszeit waren bei den Rezidivablationen signifikant kürzer. Die Primärerfolgsrate war bei Erst- und Rezidivablationen sehr hoch ( $> 95\%$ ), wobei nach einer Erstablation signifikant häufiger AF-Rezidive

vor Entlassung dokumentiert wurden. Erfreulicherweise waren sowohl die hospital Mortalität (0,2 ‰) als auch die Ein-Jahres-Mortalität (~ 1 %) sehr gering. Interventionsbedingte Komplikationen wurden sowohl periinterventionell als auch im Ein-Jahres-Follow-up selten beobachtet (< 1 %). Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die Ein-Jahres-Follow-up-Daten bisher erst bei 45 Prozent der Patienten verfügbar sind. Die klinische Symptomatik war in der Gesamtgruppe bei 55 Prozent der Patienten gebessert, während AF-Rezidive in 44 Prozent dokumentiert wurden. Bezüglich Symptomatik und AF-Rezidivrate waren dabei zwischen Erst- und Rezidivablationen keine signifikanten Unterschiede zu beobachten.

### Vorder-/Rückansicht des linken Vorhofs nach Rekonstruktion mit EnSite NavX System:

Lila = rechte obere Pulmonalvene, rot = rechte untere Pulmonalvene, blau = linke obere Pulmonalvene, gelb = linke untere Pulmonalvene, grün = linkes Herzohr, braune Punkte = sequenziell platzierte Ablationspunkte jeweils um die ipsilateralen Pulmonalvenen als Beispiel für zirkumferenzielle Pulmonalvenenisolation





*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 7000 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter [www.dgk.org](http://www.dgk.org).*