



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

Rezidive von paroxysmalem Vorhofflimmern nach Cryoballoonisolation der Pulmonalvenen: Ist eine Redo-Prozedur mit dem Cryoballoon sinnvoll?

Dr. Anja Schade, Neustadt a. d. Saale

Samstag, 10. April 2010, 10 – 11.30 Uhr, Posterbereich B

Primäres Ziel aller Ablationsstrategien bei Vorhofflimmern sollte die komplette Isolation der Pulmonalvenen sein. Die Pulmonalvenenisolation mit der Cryoballoon-Technik ist eine effektive, sichere und komplikationsarme Methode für die Behandlung von paroxysmalem Vorhofflimmern. Mit dieser Methode kann eine Ein-Jahres-Rezidivfreiheit in 74 Prozent der Fälle erreicht werden (3 Center Study). Es stellt sich die Frage, wie wir die Patienten behandeln können, die Rezidive erleiden. Dazu gilt es zunächst, mögliche Ursachen der Rezidive zu identifizieren. Finden wir tatsächlich in allen Fällen eine Rekonnektion der Pulmonalvenen? Genügt es, mit einem neuen Cryoballoon-Eingriff die Pulmonalvenenisolation zu vervollständigen oder sind Radiofrequenzstrategien erforderlich, die eine ausgeprägtere Substratmodifikation zum Ziel haben? Unsere Hypothese war, dass mit einem Rezidiveingriff mit dem Cryoballoon auf sichere Weise die Mehrheit der Patienten mit Rezidiven von paroxysmalem Vorhofflimmern effektiv behandelt werden können.

Methoden: Wir analysierten retrospektiv alle Patienten, die in unserem Zentrum nach einer Cryoballoon-Prozedur wegen Rezidivs von paroxysmalem Vorhofflimmern einen erneuten Eingriff mit dem Cryoballoon erhalten hatten. Am Beginn der erneuten Cryoballoon-Prozeduren wurde die Leitung in die Pulmonalvenen überprüft und die Rate der Rekonnektionen für jede PV ermittelt. Zudem wurden zur Beurteilung der Sicherheit der Prozedur bedeutsame Komplikationen wie transfusionspflichtige Blutung, Phrenicusparese, Pulmonalvenenstenose oder Perikardtamponade erfasst. Prozedurzeit sowie Durchleuchtungszeit und Flächendosis wurden ebenfalls analysiert. Alle Patienten wurden mindestens drei und sechs Monate nach der Prozedur nachuntersucht. Dabei wurden Anamnese, Sieben-Tage-Holter-EKG und bei erneuten Symptomen Event-Recording durchgeführt. Primärer Endpunkt war das vorhofflimmerrezidivfreie Sechs-Monats-Überleben (nach einer dreimonatigen Blanking-Periode). Sekundäre Endpunkte waren die Raten der Rekonnektion in LSPV, LIPV, RSPV und RIPV sowie Prozedurzeiten und Durchleuchtungszeit und -dosis, aber auch die Rate an Komplikationen.

Ergebnisse: Bei allen Patienten fand sich mindestens eine Pulmonalvene mit Rekonnektion. Insgesamt zeigten 64 Prozent der LSPV, 56 Prozent der LIPV, 43 Prozent der RSPV und 56 Prozent der RIPV eine erneute Pulmonalvenenleitung.

Bei den Patienten, die zwei Cryoballonprozeduren erhalten hatten, war die Prozedur- und Durchleuchtungszeit im Mittel vergleichbar zwischen Erst- und Redo-Prozeduren.

Bis zum Zeitpunkt der Auswertung hatten 47 Patienten ein vollständiges Sechs-Monats-Follow-up durchlaufen. Das rezidivfreie Sechs-Monats-Überleben war in 62 Prozent (29 Patienten) der Fälle gegeben. Die Komplikationsrate der Redo-Prozedur war vergleichbar mit der des Ersteingriffs. Es waren drei Phrenicuspareesen (6 %) aufgetreten, die sich nach zwölf Monaten vollständig erholt hatten, jedoch keine transfusionspflichtigen Blutungen, keine Pulmonalvenenstenosen und keine Perikardtamponaden.

Schlussfolgerung: Bei Rezidiv eines paroxysmalen Vorhofflimmerns nach Cryoballon-Isolation der Pulmonalvenen ist die erneute Durchführung einer Cryoballonisolation der Pulmonalvenen sinnvoll, weil sie in 62 Prozent der Fälle zu einem rezidivfreien Sechs-Monats-Überleben führt und mit vergleichbar niedriger Komplikationsrate wie die Erstprozedur vorgenommen werden kann.

	Ersteingriff (n=47)	Redo-Eingriff (n=47)
Prozedurzeit (min)	142,0 ±37,0	142,4±45,3
Durchleuchtungszeit (min)	36,3±13,1	34,1±15,0
Flächendosisprodukt (cGy/m ²)	9684±5681	9759±6693

Tab. 1: Prozedurzeiten und Durchleuchtungsdaten Erst- und Redo-Eingriff

	Ersteingriff (n=47)	Rezidiveingriff (n=47)
Phrenicusparese	3	3
Blutung mit Transfusion	0	0
Pulmonalvenenstenose	0	0
Perikardtamponade	0	0

Tab. 2: Komplikationen Erst- und Redo-Eingriff

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.