

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Aktuelles: Katheterablation bei Vorhofflimmern - Eine Technik im Aufwind

Pucher B

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2011; 18

(5-6), 228

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Aktuelles: Katheterablation bei Vorhofflimmern – Eine Technik im Aufwind

B. Pucher

Sprachen die ESC-Guidelines zum Vorhofflimmern (VHF) aus dem Jahr 2006 zwar von der Möglichkeit der Katheterablation, ohne jedoch auf Details einzugehen, so hat sich das in den neuen Guidelines von 2010 ganz wesentlich geändert. Die Methode ist anerkannt und wird ausführlich besprochen. Grund genug, anlässlich des 10. Vorhofflimmer-Symposiums von Biosense Webster, Inc, Ende März in Wien zwei Experten über die relativ neue Methode zu befragen. **Prim. Univ.-Doz. Dr. Helmut Pürerfellner**, Vorstand der Kardiologischen Abteilung im KH der Elisabethinen in Linz, und **Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck**, Chefarzt der Kardiologie an der Asklepios-Klinik St. Georg in Hamburg, sprachen über Indikationen, Komplikationen und die Errungenschaften der Medizintechnik.

Einig sind sich die Experten darüber, dass die für eine Ablation in Frage kommenden Patienten möglichst früh dem Eingriff zugeführt werden sollten. Die neuen ESC-Guidelines empfehlen mindestens einen medikamentösen Versuch und raten, das Stadium der Krankheit, eventuelle kardiovaskuläre Erkrankungen, potenzielle Behandlungsalternativen und die Patientenpräferenzen in Betracht zu ziehen. Pürerfellner konkretisiert: Der Patient muss symptomatisch sein, er sollte ein gewisses Alter – etwa 75 Jahre – nicht überschreiten. „Nach wie vor schreiben mir die Beschwerden des Patienten die Handlungen vor“, betont Pürerfellner, aber „in der Effizienz ist die Ablation den Medikamenten weit überlegen“.

Kuck sieht das ähnlich: „Je jünger und gesünder der Patient ist, desto eher würde ich zu einer Katheterablation raten. Beim jungen, herzgesunden Patienten könnte sie auch eine primäre Therapie sein. Wenn viele Komorbiditäten bestehen, würde ich eher die medikamentöse Therapie ausreizen.“ Antiarrhythmika können bestenfalls die Beschwerden lindern, aber sie heilen nicht die Grunderkrankung, und das bedeutet wiederum im besten Fall lebenslange Medikamenteneinnahme, sehr oft jedoch ein Versagen der medikamentösen Therapie mit Progression des Vorhofflimmerns.

Die Erfolgsraten der Katheterablation sind beeindruckend: Bei Patienten mit paroxysmalem VHF sind rund 70 % nach der ersten Katheterablation beschwerdefrei, Patienten mit persistierendem VHF brauchen oft mehrere Prozeduren. Das ist einer der Gründe, warum die Experten zu einem möglichst frühen Eingreifen raten. Ist der Patient ein Jahr beschwerdefrei, beträgt die Rezidivrate nur mehr 5–10 %. „Ob eine langfristige Heilung möglich ist, steht noch zur Debatte“, erklärt Kuck. „Die Technik ist noch so jung, dass nennenswerte Daten über die langfristigen Aussichten noch nicht vorliegen. Wir haben kürzlich erst die 5-Jahres-Ergebnisse unseres Zentrums veröffentlicht und kamen auf 80 % Erfolgsrate bei Patienten mit paroxysmalem VHF bei 1,4 Prozeduren pro Patient. Das sind gute Ergebnisse, wenn man bedenkt, dass die damals – zwischen 2003 und 2006 – Behandelten alle hochsympto-

matische und therapierefraktäre Patienten waren.“ Auch Doz. Pürerfellner stimmt zu.

Warum dann überhaupt primär ein medikamentöser Versuch? „Es ist ein invasiver Eingriff. Die Komplikationsrate ist gering, aber vorhanden“, erklärt Pürerfellner. Intraprozedurale Schlaganfälle und Herzbeutelamponaden, Pulmonalvenenstenosen, Ösophagusfisteln sind die schwersten Komplikationen. „Sie treten insgesamt in etwa 2–3 % der Fälle auf“, so Pürerfellner. Kuck ergänzt: „Entweder hat das abladiende Zentrum eine Herzchirurgie, oder es muss ein herzchirurgischer Partner festgelegt und über die Ablation informiert werden, damit im Fall des Falles der Patient sofort operiert werden kann. Und es sollte ein Zentrum sein, in dem mindestens 250 Ablationen pro Jahr durchgeführt werden, da die Komplikationsrate mit der Erfahrung sinkt.“

Jedenfalls, auch hier sind sich die Experten einig, werden viele Patienten, die für eine Ablation in Frage kommen, zu spät zu den Spezialisten geschickt. „Wenn der Patient mit ein oder zwei Medikamenten therapierefraktär ist, sollte er zur Ablation geschickt werden“, sagt Kuck. „Allerspätestens, wenn das Flimmern von paroxysmal in persistierend übergeht.“ Bei persistierendem VHF sind die Erfolgsraten geringer und die Rezidivraten höher als bei paroxysmalem. Auch die Komplikationsrate steigt. Als einen Grund für das Zögern der Kollegen sehen die Experten, dass die rasante Entwicklung auf diesem Gebiet nicht von allen Kardiologen mit verfolgt wird. Neuerungen beim dreidimensionalen Carto®-3-Navigations- und Ablationssystem und neue Katheterspitzen, die den Kontakt und den Andruck an das Gewebe messen und visualisieren und eine wesentlich verbesserte Spülung ermöglichen, sind die neuesten Verbesserungen, die den Kardiologen zur Verfügung stehen. Mit der verbesserten Spülung sinkt auch die Wahrscheinlichkeit für die Thrombenbildung während der Katheterablation, bei steigender Effektivität. Das 3D-Navigations- und Ablationssystem sorgt dafür, dass sicher außerhalb der Pulmonalvenen abladiert wird und senkt damit die Wahrscheinlichkeit von PV-Stenosen. Durch die Druckmessung schließlich erhofft man sich wesentlich verbesserte Erfolgsraten und eine Senkung der Rate an Perforationen und damit an Tamponaden.

Die Entwicklung wird weitergehen. Gut möglich, dass die Katheterablation in einigen Jahren für jüngere, symptomatische VHF-Patienten zur primären Therapie wird.

Korrespondenzadresse:

Mag. Barbara Puchner

Johnson & Johnson Medical/Corporate Communication
A-1020 Wien, Vorgartenstraße 206B

Tel.: +43/(1) 360 25-403 • Mobil: +43/(664) 828 93 83

E-Mail: bpuchner@its.jnj.com

www.jnjmedical.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung