



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 04/2007

**Langzeitverläufe nach Katheterablation von typischem
Vorhofflattern im Follow-up von bis zu zehn Jahren:
Arrhythmiefreiheit bei weniger als
einem Viertel der Patienten**

PD Dr. Lars Lickfett et al., Bonn

Donnerstag, 12. April 2007 (Saal 9), 11 – 12.30 Uhr

Das typische Vorhofflattern ist die bei weitem häufigste atriale Makro-Reentrytachykardie. Hierbei besteht ein kreisförmiger Erregungsablauf auf Vorhofseite um den Trikuspidalklappen-Anulus herum. Bei einem Erregungsablauf gegen den Uhrzeigersinn, bei Betrachtung von der Herzspitze aus, spricht man vom eigentlichen typischen Vorhofflattern. Die Katheterablation des cavotrikuspidalen Isthmus (CTI) wurde Anfang der 90er Jahre klinisch eingeführt und hat sich als Therapie der Wahl bei rezidivierendem typischen Vorhofflattern durchgesetzt.



PD Dr. Lars Lickfett

Der seit Mitte der 90er Jahre geforderte elektrophysiologische Endpunkt der Ablation in Form der bidirektionalen Leitungsblockade wird bei nahezu allen Patienten erreicht. Obwohl die Ablation des CTI als ein kuratives Verfahren mit niedriger Rezidivrate gilt, ist der Langzeitverlauf, besonders hinsichtlich gleichzeitig bestehenden oder sich entwickelnden Vorhofflimmerns, unklar. Ziel der Studie war die Nachuntersuchung von Patienten, die vor Oktober 1999

wegen typischen Vorhofflatterns ablatiert wurden. Dieser Zeitpunkt wurde gewählt, um eine ausreichend lange Nachbeobachtungsdauer zu gewährleisten.

Methoden

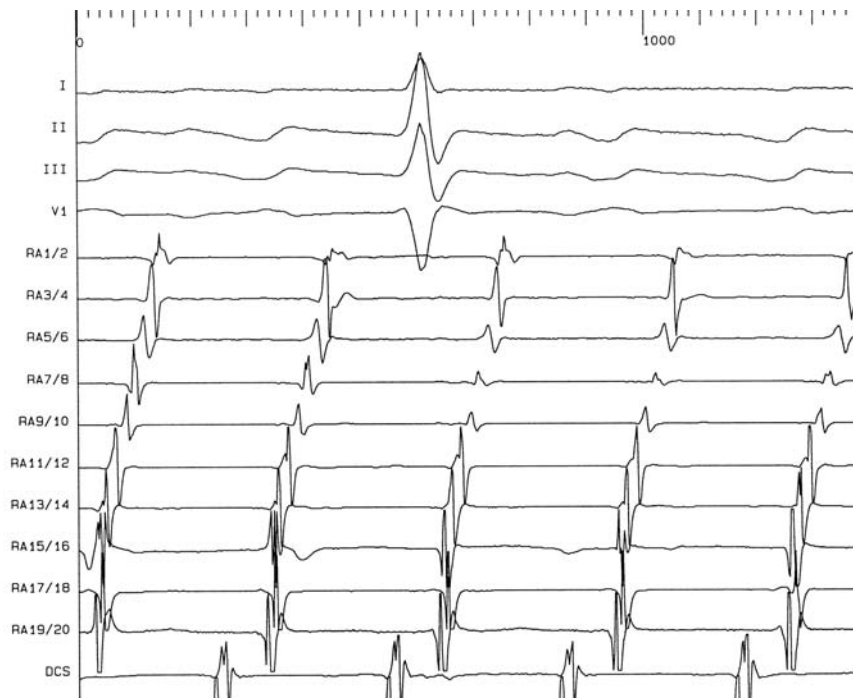
Identifiziert wurden 84 Patienten, die wegen typischen Vorhofflatterns zwischen November 1995 und Oktober 1999 einer erstmaligen Katheterablation des CTI unter Erzielen einer bidirektionalen Leitungsblockade unterzogen wurden. Patienten, bei denen lediglich eine Leitungsverzögerung im CTI erzielt wurde, wurden nicht berücksichtigt. Im Rahmen der ambulanten Nachkontrolle erfolgten Anamnese, Zwölf-Kanal EKG, Holter-EKG und transthorakale Echokardiografie. Das Alter zum Zeitpunkt der Ablation betrug 59 ± 10 Jahre. 86 Prozent waren Männer. Bei 49 Prozent war schon vor der Ablation Vorhofflimmern diagnostiziert worden.

Resultate

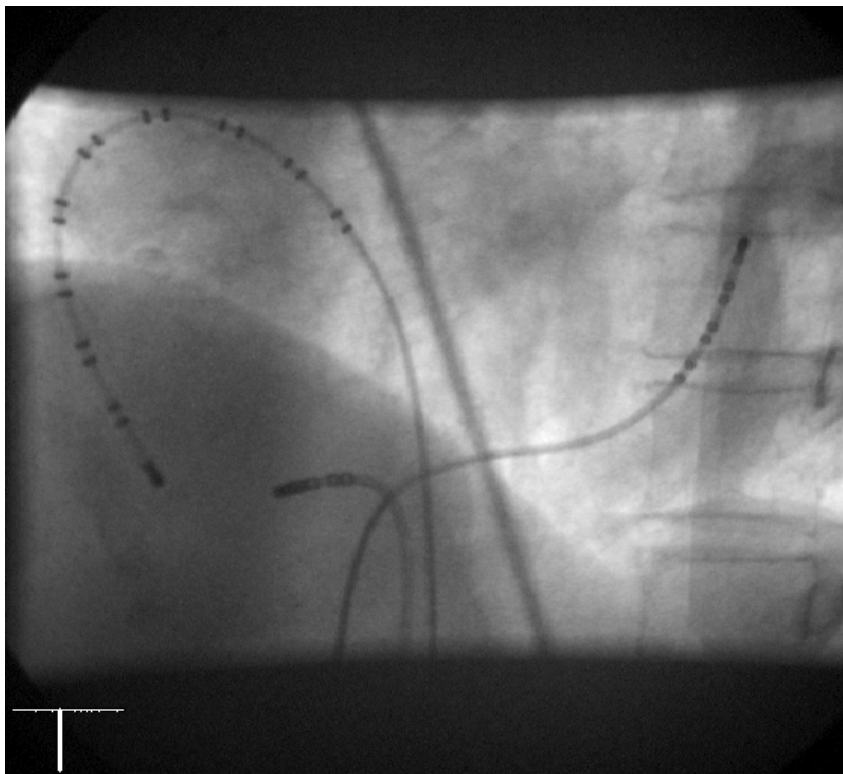
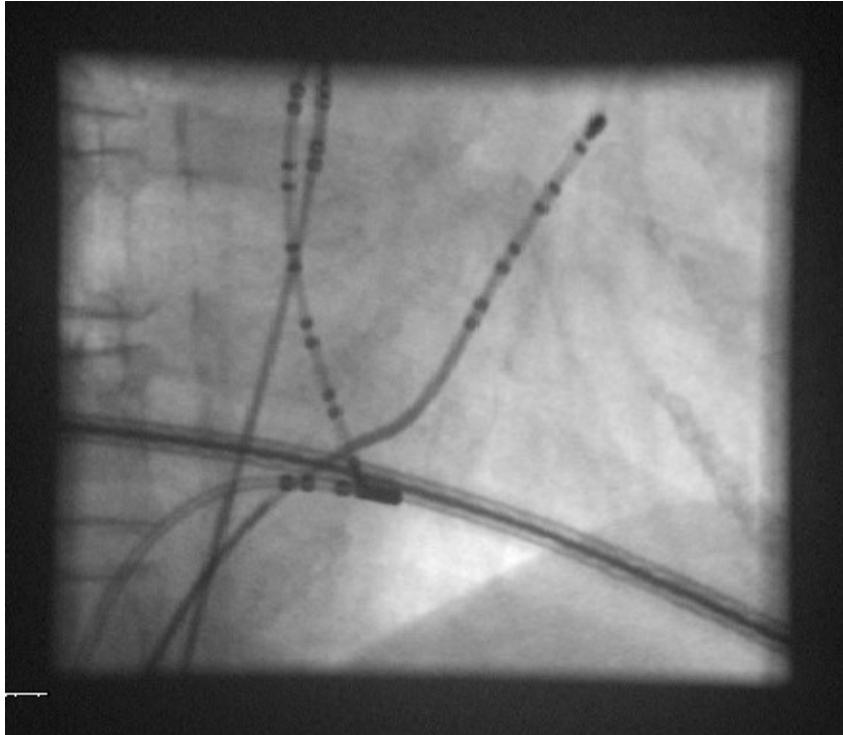
Die Nachbeobachtungszeit betrug im Mittel 84 ± 20 Monate (maximal 129 Monate). Ein Rezidiv von typischem Vorhofflattern trat bei 20 Prozent auf. Bei weiteren sechs Prozent wurde atypisches Vorhofflattern ohne Abhängigkeit vom CTI invasiv dokumentiert. Vorhofflimmern wurde bei 73 Prozent der Patienten diagnostiziert. Dieses war persistierend bei 45 Prozent und paroxysmal bei 55 Prozent der Patienten. Spezifische Antiarrhythmika (Klasse Ic oder III) wurden zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung von 56 Prozent der Patienten eingenommen, eine orale Antikoagulation von 64 Prozent, eine Thrombozyten-Aggregationshemmung mit ASS von 22 Prozent und weder ASS noch Kumadinderivat von 14 Prozent der Patienten.

Schlussfolgerung

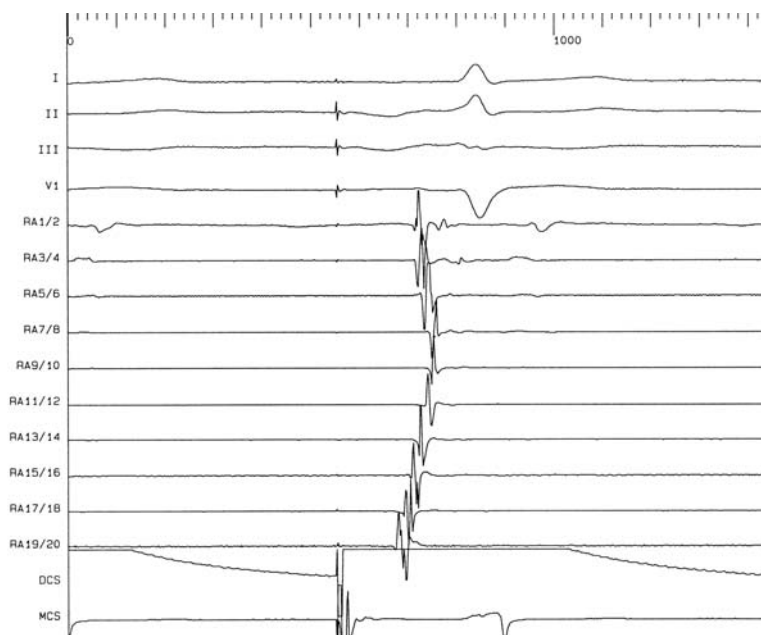
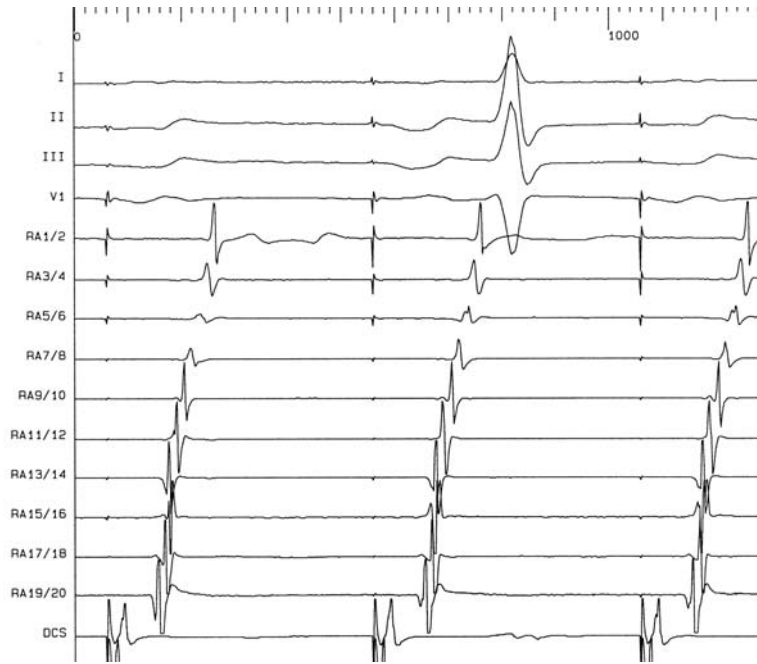
Eine Arrhythmiefreiheit besteht lediglich bei einer Minderheit von Patienten nach Katheterablation von typischem Vorhofflattern. Drei Viertel der Patienten weisen Vorhofflimmern auf. Somit ist auch nach primär erfolgreicher Katheterablation von typischem Vorhofflattern bei der überwiegenden Zahl der Patienten eine weiterführende Therapie in Form von Antikoagulation, Rhythmuskontrolle beziehungsweise Frequenzkontrolle erforderlich.



Bei einem Erregungsablauf gegen den Uhrzeigersinn, bei Betrachtung von der Herzspitze aus, spricht man vom eigentlichen typischen Vorhofflattern, hier mit charakteristischem Erregungsablauf beim rechtsatrialen Mapping.



Die Katheterablation des cavotrikuspidalen Isthmus (CTI) wurde Anfang der 90er Jahre klinisch eingeführt und hat sich als Therapie der Wahl bei rezidivierendem typischen Vorhofflattern durchgesetzt. In den beiden Abbildungen wird eine typische Katheterposition in RAO und LAO Projektion gezeigt.



Der seit Mitte der 90er Jahre geforderte elektrophysiologische Endpunkt der Ablation in Form der bidirektionalen Leitungsblockade wird bei nahezu allen Patienten erreicht. Die erste Abbildung zeigt einen Erregungsablauf im lateralen rechten Vorhof bei Leitungsblockade im Gegenuhrzeigersinn – im Gegensatz zur zweiten Abbildung mit lediglich Leitungsverzögerung.