A. Fürnkranz

Klinik für Kardiologie, Pneumologie & Angiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Blutdruckkontrolle nach Katheterablation von Vorhofflimmern

Originalpublikation

Parkash R, Wells GA et al (2017) Effect of aggressive blood pressure control on the recurrence of atrial fibrillation after catheter ablation: a randomized, open-label clinical trial (SMAC-AF [substrate modification with aggressive blood pressure control]). *Circulation* 135:1788–1798

Die Katheterablation ist ein wichtiger Therapiebaustein in der Behandlung von Vorhofflimmern (VHF).

Bluthochdruck ist weltweit der häufigste Risikofaktor für das Neuaufreten von VHF. Eine aktuelle kanadische Studie ging nun der Frage nach, ob eine Kombination aus Katheterablation mit intensivierter Blutdruckkontrolle jener mit Standardblutdruckbehandlung überlegen ist.

Zusammenfassung der Studie

Es wurden 184 Patienten mit VHF und Basisblutdruckwerten von >130/80 mm Hg in die intensivierte (Ziel <120/80 mm Hg) oder die Standardbehandlungsgruppe (Ziel <140/90) randomisiert. Die Katheterablation erfolgte 3,5 Monate nach Studieneinschluss und umfasste eine komplette Pulmonalvenenisolation mit oder ohne zusätzliche Substratmodifikation (Defragmentierung, lineare Ablation). Der primäre Endpunkt war eine symptomatische atriale Tachyarrhythmie über >30 s nach einer Abheilungsphase von 3 Monaten. Zur Rhythmusüberwachung erhielten die Patienten einen Heimmonitor mit Fernabfrage. In der intensivierten Gruppe wurden nach 6 Monaten tiefere sy-

stolische Blutdruckwerte erreicht (123 vs. 135 mm Hg). Nach einer klinischen Nachbeobachtungszeit von 14 Monaten ergab sich in der gesamten Studienpopulation kein Unterschied im Auftreten des primären Endpunktes zwischen den Gruppen (jeweils 61 %). In der Subgruppe von Patienten ≥61 Jahre sowie jener mit systolischem Blutdruck >140 mm Hg bei Studienbeginn wurde ein geringeres Auftreten des primären Endpunktes in der intensivierten Gruppe beobachtet.

Kommentar

Die SMAC-AF-Studie konnte somit in der Gesamtpopulation keinen Vorteil einer intensivierten Blutdrucksenkung hinsichtlich des klinischen Erfolges einer Katheterablation von VHF nachweisen. Die Studienpopulation war durch einen hohen Anteil (43 %) an Patienten mit persistierendem VHF gekennzeichnet, welche eine hohe Rezidivrate atrialer Tachyarrhythmien nach Katheterablation aufweisen. Dies lässt sich durch einen fortgeschrittenen, diffusen atrialen Gewebsumbau (Remodeling) erklären, wodurch die Lungenvenen als Auslösemechanismus von VHF in den Hintergrund treten. Die Rolle zusätzlicher Ablationstechniken nach Pulmonalvenenisolation bei diesen Patienten ist Gegenstand laufender Untersuchungen. Bluthochdruck ist ein Risikofaktor für atriales Remodeling, daneben wurden weitere identifiziert wie Diabetes mellitus und Adipositas. Die Wirksamkeit einer strukturierten, multimodalen Risikofaktorreduktion nach Katheterablation von VHF hinsichtlich einer langfristigen

Rhythmuskontrolle konnte kürzlich in einer Kohortenstudie gezeigt werden (ARREST-AF; [1]). Ein Grund für das neutrale Ergebnis von SMAC-AF könnte somit die Intervention lediglich an einem Risikofaktor sein, ein weiterer die relativ gute Blutdruckeinstellung im Kontrollarm. Die Subgruppenanalyse weist darauf hin, dass jene Patienten mit der stärksten Blutdrucksenkung gegenüber der Kontrollgruppe auch hinsichtlich der Rhythmuskontrolle profitierten. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass die Senkung des systolischen Blutdrucks im intensivierten Studienarm nach 6 Monaten nur bei den ≥61-jährigen Patienten gegenüber der Kontrolle statistisch signifikant war. Zusammengefasst kann die aggressive Blutdruckkontrolle von SMAC-AF nicht allgemein periinterventionell bei Katheterablation von VHF empfohlen werden, und die Studienlage deutet darauf hin, dass die multimodale Risikofaktorkontrolle der vielversprechendere Weg ist.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Fürnkranz

Klinik für Kardiologie, Pneumologie & Angiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
 Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
 alexander.fuernkranz@med.uni-duesseldorf.de

Interessenkonflikt. A. Fürnkranz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Pathak RK, Middeldorp ME, Lau DH et al (2014) Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation. *J Am Coll Cardiol* 64:2222–2231