TAVI erfordert eine genaue Patientenselektion

Die Transkatheter-Aortenklappenintervention (TAVI) kommt heute immer häufiger zum Zuge. Doch nicht jeder Patient ist für die Prozedur geeignet.

Schon die Anatomie kann bei einer TAVI-Prozedur eine besondere Herausforderung darstellen“, machte Prof. Raffi Bekerdjian von der kardiologischen Universitätsklinik in Heidelberg auf dem Heartlive aufmerksam. Sie erfordere deshalb eine genaue Kenntnis der Kriterien, die für die Art des Vorgehens und die Wahl der Klappenprothese relevant sein könnten:

- Ausmaß der Kalzifizierung der Aortenklappe und des linksventrikulären Ausflusstraktes (LVOT), die sehr variabel sind.
- Höhe der Koronarostien,
- Exzentrizität des Anulus,
- Klappenmorphologie (tri- oder bikuspidal),
- Beschaffenheit der Zugangsgefäße,
- Vorliegen einer Valve-in-Valve-Implantation.

Grundsätzlich sollte heute die Entscheidung, ob TAVI oder operativer Klappenersatz, immer im Heart Team getroffen werden. Entscheidend sei auch der Allgemeinzustand und Begleiterkrankungen des Patienten, also ob eine Gebrechlichkeit vorliege, so Bekerdjian.

Vor der Prozedur muss der Anulus mittels CT genau ausgemessen werden, wobei Diameter aus Perimeter oder Fläche herangezogen werden. Idealerweise

sollte der Anulus-Diameter zwischen 18 und 30 mm liegen. Es ist auf Kalzifikationen zu achten, da eine schwere Klappenverkalkung das Risiko für eine insuffiziente Abdichtung mit relevanter paravalvulärer Regurgitation erhöht und die Radialkraft schwächt. Aber auch schwere LVOT-Kalzifikationen sind nachteilig, da hierbei sowohl das Risiko für ein paravalvuläres Leck als auch für eine Anulusruptur erhöht ist. „Eine fehlende Kalzifikation ist allerdings ebenfalls nicht ideal, da dann häufiger eine Prothesen-Dislokation auftritt“, erläuterte Bekerdjian.

Risikant kann eine TAVI-Prozedur bei niedrigen Koronarostien sein. Daher sollte man dies bei der Auswahl des Klappentyps unbedingt berücksichtigen. Eine bikuspidale Klappe ist nicht gerade ideal für eine TAVI, manche Kardiologen bevorzugen dann den operativen Klappenersatz.

Im Hinblick auf das Zugangsgefäß stehen heute verschiedene Verfahren zur Verfügung: transfemoral, transapikal, transaortal und transsubclavical. Bei der Wahl des Zugangswegs muss das Kalzifizierungsmuster berücksichtigt werden, wobei ein minimaler Diameter von 5 bis 6 mm gegeben sein sollte. Doch auch ein minimaler Durchmesser von 5 mm

kann bei einer zirkulären Verkalkung ein Problem bedeuten.

Auch Patientenkriterien sind wichtig

Für inoperable Patienten ist die TAVI die einzige Therapieoption. Auch für Patienten mit einem erhöhten Operationsrisiko (EuroSCORE I $\geq 10\%$ oder EuroSCORE II $\geq 4\%$) wird der interventionelle Klappenersatz mit dem Empfehlungsgrad IB propagiert. Nach neueren Studienergebnissen ist der interventionelle Eingriff selbst bei Patienten mit einem mittleren Risiko dem operativen Klappenersatz nicht unterlegen. „Bei der Entscheidung für eine TAVI müssen patientenspezifische Besonderheiten wie das Alter und Gebrechlichkeit Berücksichtigung finden“, betonte Bekerdjian.

Zusammenfassend könne man sagen, die Patientenselektion hänge von vielen anatomischen und klinischen Parametern ab. Und die Auswahl unterschiedlicher Klappentypen erlaube eine angepasste Selektion der idealen Klappe für verschiedene Größen, Verkalkungsstrukturen und Klappenmorphologien. Dabei könne die Repositionierbarkeit die Risiken reduzieren. „Ziel der Bemühungen muss es sein, eine differenzierte Auswahl der Patienten für die TAVI oder Operation nach einer gemeinsamen Beurteilung im Heart Team treffen zu können“, lautete das Fazit Bekerdjians.

Dr. med. Peter Stiefelhagen