

Ärzteempfehlung

Dr. med. Sabine Fredersdorf

Universitätsklinikum Regensburg, Deutschland



Dr. med. Sabine Fredersdorf,
Universitätsklinikum Regensburg

CMC: 30. August 2007
Gesprächstermin: 12. Februar 2007

Ablation für die Behandlung von Vorhofflimmern (VF) ist eine viel versprechende neue Therapie mit mehreren bekannten Nachteilen. Für die interventionelle Elektrophysiologin Dr. Sabine Fredersdorf vom Universitätsklinikum Regensburg, Deutschland, bestand einer dieser Nachteile in dem übermäßigen Zeitaufwand, der nötig war, um eine Pulmonalvenen- (PV-) Ablation von Vorhofflimmern sicher und wirksam durchzuführen.

„Die Ablation von Vorhofflimmern gehört zu den zeitaufwendigsten Verfahren der interventionellen Kardiologie“, sagte Frau Dr. Fredersdorf. Ihr ging es jedoch nicht nur um den Zeitaufwand. „Eine längere Verfahrensdauer ist mit einer höheren Komplikationsrate assoziiert“, erklärte sie. „An unserem Klinikum suchen wir in erster Linie nach einem Weg zur Reduzierung der Verfahrensdauer, um dadurch die Komplikationsrate zu senken.“

Die Elektrophysiologische Abteilung des Universitätsklinikums Regensburg hat zwar einen hohen Zulauf, aber keine Warteliste für VF-Ablationen. In der Vergangenheit wurden am Klinikum im Durchschnitt ca. zwei Patienten pro Woche abbladiert, wobei dieser Eingriffsplan variabel war. Die VF-Ablation war jedoch nicht nur ein schwieriges und zeitaufwendiges Verfahren, sondern führte auch zu Komplikationen.

Mit einer großen Auswahl an Optionen für Katheter und Ablationsverfahren kam bei Frau Dr. Fredersdorf und ihren Kollegen hauptsächlich die Cryoablation des Vorhofflimmerns zum Einsatz, bis das Team im

Oktober 2007 auf den Pulmonalvenen-Ablationskatheter (PVAC™) von Ablation Frontiers umstieg. Frau Dr. Fredersdorf wurde zum ersten Mal durch einen Kollegen auf diese innovative Methode aufmerksam gemacht, der bereits mit ihr vertraut war.



Der PVAC-Katheter ist ein neuartiger dekapolarer Ablationskatheter, der in Verbindung mit dem Arbeitszyklus-kontrollierten GENius™-Multikanal-HF-Ablationsgenerator eingesetzt wird. Das System erfordert weder eine dreidimensionale Bildgebung noch Robotersteuerung.

Frau Dr. Fredersdorf nahm dann an einem Clinical Mentoring Course (CMC) teil. Dieses klinische Mentorenprogramm gab ihr die Möglichkeit, sich die Ablation mit dem neuen System anzusehen und das Verfahren in einer kontrollierten Umgebung zu üben. „Das CMC stellte ein äußerst sicheres Lernumfeld bereit“, sagte sie. „Es bietet eine hervorragende Gelegenheit, das Verfahren zu verfolgen, weil es wichtig ist, es zuerst bei jemand anderem beobachtet zu haben, bevor man es selbst versucht.“

Als Erstes fiel Frau Dr. Fredersdorf auf, dass durch das PVAC-System die Verfahrensdauer um mehr als die Hälfte verkürzt wurde. Sie schätzte, dass die Haut-zu-Haut-Verfahrensdauer mit der Cryoablationsmethode ungefähr drei Stunden betrug, während der PVAC-Katheter diese Zeit auf circa eine Stunde und 20 Minuten reduzierte. Obgleich dies den offensichtlichen Vorteil einer erhöhten Patientenzahl hat, war für Frau Dr. Fredersdorf wichtig, dass das Verfahren geringere Komplikationsraten mit sich brachte.

„Wir haben bis dato zwar nur 16 Fälle behandelt“, sagte sie, „hatten aber null Komplikationen.“ Während ihrer ersten neun VF-Verfahren mit dem PVAC-Kathetersystem konnte sie in 97 % der Fälle alle vier Pulmonalvenen ohne verfahrensbedingte Komplikationen isolieren und dies bei einer durchschnittlichen Eingriffszeit von nur 84 ± 5 Minuten.

Obwohl es Frau Dr. Fredersdorf verfrüht scheint, Aussagen über die Kosteneffektivität des Systems zu machen, hat sie bereits einige Beobachtungen gemacht. „Das Verfahren kann in einer kürzeren Zeit mit weniger Ausrüstung durchgeführt werden. Das wird Auswirkungen auf die Kosteneffektivität haben. Für uns ist es aber noch zu früh, um etwas Stichthaltiges darüber zu sagen.“

Die erste Patientengruppe, die im Regensburger Klinikum mit dem PVAC abladiert wurde, kommt nun zur ersten Nachuntersuchung in die Klinik, die für drei Monate nach der Ablation angesetzt ist. Frau Dr. Fredersdorf wird die EKGs dieser Patienten analysieren, die im Regelfall ambulant erstellt wurden. Patienten ohne Anzeichen von VF können u.U. die Einnahme von Antiarrhythmika einstellen.

Ihr größter Vorbehalt hinsichtlich dieses innovativen neuen Systems ist der Mangel an langfristigen Daten. „Diese Patienten interessieren mich“, gibt sie zu. „Ich möchte wissen, wie es ihnen geht und wie wirkungsvoll die Ablation gewesen ist.“



Luftbild des Klinikums Regensburg



Regensburg, Deutschland

Als Elektrophysiologin hatte Frau Dr. Fredersdorf Gelegenheit, mit vielen neuartigen Produkten, Kathetern, Bildgebungssystemen und Vorrichtungen zu arbeiten.

„PVAC ist schnell und einfach“, sagte sie. „Die Cryoablation ist komplizierter und es war immer schwierig festzustellen, ob die Ablation erfolgreich war. Und natürlich ist der PVAC schneller.“ Und im gleichen Zuge erwähnt sie ihre Bitte, um eine Erweiterung des PVAC-Produktportfolios. „Ich fände es gut, wenn es einen PVAC-Katheter mit einem größeren Durchmesser für größere Venen gäbe.“

Ihre erste Wahl bei der VF-Ablation sind nun der PVAC und der GENius-Generator. Sie haben die Komplikationsrate reduziert, das Ablationsverfahren vereinfacht und die Verfahrensdauer um die Hälfte verkürzt. Während der wahre Gewinn für Frau Dr. Fredersdorf in der dramatischen Reduzierung verfahrensbedingter Komplikationen liegt, räumt sie auch ein, dass das neue System die klinischen Anforderungen für eine erfolgreiche VF-Ablation drastisch vereinfacht.

„Wir brauchen keine 3D-Bildgebung. Wir brauchen keine Robotersteuerung. Es besteht dafür einfach kein Bedarf.“ ☑