

5. Zusammenfassung

Hintergrund: Die Behandlung des akuten Myokardinfarktes ist in den letzten Jahren durch die Reperfusionstherapie und eine optimierte medikamentöse Sekundärprävention verändert worden. Ungeklärt ist die Frage, welche Einflussfaktoren vor diesem Hintergrund die Prognose bei Postinfarkt-Patienten unter zeitgemäßer Therapie bestimmen.

Methodik: Wir untersuchten 939 revaskularisierte Postinfarkt-Patienten (Männer 75.1%, Frauen 24.9%, mittleres Alter 62.53 ± 10.16 bzw. 66.39 ± 10.65 Jahre), die während einer stationären Rehabilitation konsekutiv eingeschlossen wurden. Bei allen Patienten waren myokardiale Ischämien zuvor ausgeschlossen worden. Erfasst wurden Infarktalter und Infarktlokalisierung, Risikofaktoren, Hämoglobin und Serum-Kreatinin, Reperfusionstherapie, EKG mit QRS-Breite, nsVT im Langzeit-EKG sowie die echokardiographisch bestimmte biplane LVEF.

Die Nachbeobachtung über 18 Monate beinhaltete Mortalität jeder Ursache (Gesamtmortalität, kardiale Mortalität, plötzlicher Herztod, kardiovaskuläre Mortalität, nicht kardial bedingte Mortalität), Reanimation, ventrikuläre Tachykardie, erneuter Infarkt, Syncope, PCI und CABG.

Ergebnisse: Während einer Beobachtungsdauer von 578 ± 47 Tage konnte bei 98.6% (926 Patienten) ein komplettes Follow up erreicht werden. Die mittlere LVEF aller Patienten betrug 50.1%. Eine LVEF $\leq 40\%$ hatten 22.2%, eine LVEF $\leq 30\%$ wiesen 6.6% auf. 29.6% aller Patienten hatten einen Diabetes mellitus, Vorhofflimmern wiesen 8.9% auf, 4.9% aller Patienten hatten einen verbreiterten QRS-Komplex, davon entfielen 2.6% (24 Patienten) auf den kompletten Linksschenkelblock. Eine eingeschränkte Nierenfunktion bestand bei 16.9% der Patienten. Eine Reperfusionstherapie hatten 33.5% aller Patienten erhalten (Thrombolyse 16.2%, PCI 17.3%).

Als Revaskularisationsstrategie wurde bei 49.5% eine Katheterintervention, bei 39.6% ein operatives Vorgehen gewählt. Betablocker zur Sekundärprävention erhielten 94%,

CSE-Inhibitoren 87.8%, ACE-Inhibitoren 74.1% der Patienten.

Im Beobachtungszeitraum verstarben 39 Patienten (4.2%), davon 29 aus kardialer Ursache.

Haupttodesursache war der plötzliche Herztod (17 Patienten), der häufiger bei einer

LVEF \leq 40% auftrat. Beim Vergleich der Überlebenden mit den Verstorbenen waren folgende

Variablen hinsichtlich kardialer Mortalität signifikant different: LVEF ($p < 0.0001$), erhöhtes

Serum-Kreatinin $\geq 115 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0.0001$), QRS-Breite $\geq 0.12 \text{ s}$ (< 0.0001), Vorhofflimmern

($p < 0.0001$), erniedrigter Hb-Wert ($p = 0.024$), nsVT im Langzeit-EKG ($p = 0.01$)

und Therapie mit Betablockern ($p = 0.019$). Die LVEF, QRS-Breite $\geq 0.12 \text{ s}$, erhöhtes Serum-

Kreatinin und Vorhofflimmern beeinflussten dabei die Mortalität jeder Ursache und zwei

kombinierte Endpunkte.

Nach multivariater Analyse verblieben als unabhängige Prädiktoren für alle sechs Endpunkte die

eingeschränkte linksventrikuläre Ejektionsfraktion, ein erhöhtes Serum-Kreatinin und der

komplette Linksschenkelblock. Diese drei Variablen waren auch die stärksten Prädiktoren für die

Gesamtmortalität: LVEF [HR (95% CI) 0.946 (0.918 – 0.975), $p < 0.0001$], LBBB

[HR (95% CI) 6.940 (2.912 – 16.539), $p < 0.0001$], erhöhtes Serum-Kreatinin

[HR (95% CI) 1.007 (1.03 – 1.012), $p < 0,001$.

Die konventionellen Risikofaktoren, Infarktlokalisierung, Koronarstatus, Reperfusionstherapie,

Revaskularisationsstrategie sowie medikamentöse Therapie mit ACE- bzw. CSE-Inhibitoren

hatten während der Nachbeobachtung über 18 Monate keinen Einfluss.

Schlussfolgerung: Bei revaskularisierten und nach modernen Therapiestandards medikamentös

behandelten Patienten einer Rehabilitationseinrichtung ist die Prognose bei einer

Gesamtmortalität von 4.2% günstig und wird durch die linksventrikuläre Ejektionsfraktion, das

Vorliegen eines kompletten Linksschenkelblocks bzw. einer Niereninsuffizienz bestimmt.