



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Implantierbarer Cardioverter/ Defibrillator bei Hypertropher
Kardiomyopathie: Ergebnisse eines multizentrischen europäischen
Registers**

Autor: Nils Bollmann
Institut / Klinik: Medizinische Klinik
Doktorvater: Prof. Dr. D. L. Heene

Zwischen den Jahren 1985 und 1999 wurden 217 Hochrisikopatienten mit HCM und Implantierbaren Cardioverter/ Defibrillator in einem europäischen Register zusammengefasst, um die bekannten und die vermuteten prognostischen Risikofaktoren der hypertrophen Kardiomyopathie im Hinblick auf das Auftreten eines adäquaten Erstereignisses (plötzlichen Herztod oder adäquate Erstintervention des ICDs) zu überprüfen. Die Nachbeobachtungszeit liegt im Durchschnitt bei 30,9 Monaten. Bei 60 Patienten mit ICD Implantation aus primären Gründen traten 12 (20%) adäquate ICD Erstereignisse auf. Bei 143 Patienten mit ICD Implantation aus sekundären Gründen traten 46 (32,2%) adäquate ICD Erstereignisse auf. Die Ein-Jahresüberlebensrate beträgt 91,7% in der primären Gruppe bei 7 (58,3%) adäquaten ICD Erstereignissen. In der sekundären Gruppe liegt die Ein-Jahresüberlebensrate bei 91,1% mit 26 (56,5%) adäquaten ICD Erstereignissen. In der primären Gruppe (9 adäquaten ICD Erstereignisse) beträgt die Zwei-Jahresüberlebensrate 78,0% gegenüber 70,5% in der sekundären Gruppe (36 adäquaten ICD Erstereignisse). Die vergangene Zeit bis zum ersten adäquaten ICD Ereignis lag in der primären Gruppe bei 453 Tagen gegenüber 464 Tagen in der sekundären Gruppe.

Für Patienten mit Episoden von ventrikulären Salven (non-sustained VT), Patienten mit anhaltender ventrikulärer Tachykardie und Kammerflimmern (sustained VT and VF) und Patienten mit anhaltender monomorpher ventrikulärer Tachykardie (sustained monomorphic VT) konnte ein signifikant erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Herztod ermittelt werden. Die genannten Risikofaktoren zählen nach den ACC/AHA/ESC Guidelines 2006 und der veröffentlichten Literatur zu den anerkannten Risikofaktoren.

Für Patienten mit einer schweren Septumhypertrophie (über 30 mm), Patienten die einen Herzstillstand/ VF (cardiac arrest/ VF) überlebt haben, sowie Patienten mit einer positiven Familienanamnese für HCM im ersten Verwandtschaftsgrad und Patienten mit einer positiven Familienanamnese für SCD im ersten Verwandtschaftsgrad, konnte in der vorliegenden Untersuchung jeweils kein signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe nachgewiesen werden. Die genannten Risikofaktoren zählen nach den ACC/AHA/ESC Guidelines 2006 und der veröffentlichten Literatur zu den anerkannten Risikofaktoren.

Für die folgenden Risikofaktoren konnte ein signifikanter Unterschied zu Gunsten der Patienten ohne gegenüber den Patienten mit dem Risikofaktor festgestellt werden:

Alter ab dem 40. Lebensjahr, Dyspnoe (mindestens NYHA II), PQ Dauer über 200 Millisekunden, QRS Komplex über 120 Millisekunden, Linksschenkelblock im EKG, Vorhofflimmern im EKG, induzierte polymorphe ventrikuläre Tachykardien mit Rechtsschenkelblock, induzierte monomorphe ventrikuläre Tachykardien mit oder ohne Schenkelblock und Koronare Herzerkrankung.

Die Fragestellung der Dissertation kann nicht einheitlich beantwortet werden, da nicht alle anerkannten Risikofaktoren der Hochrisikopatienten mit HCM durch die vorgelegte Studie bestätigt werden können und weitere Risikofaktoren hinzugekommen sind. Diese sollten durch weitere Studien oder eine erneute Nachuntersuchung der Patienten des europäischen HCM Registers überprüft werden. Weiterhin wäre es interessant einen Parameter zu finden, der eine Aussage über die Zeit bis zur adäquaten Erstintervention des Implantierbaren Cardioverter/ Defibrillators erlaubt.