

Werner Beermann
Dr. med.

Der kardiogene Schock in der frühen Phase des akuten Myokardinfarkts - Inzidenz, Risikofaktoren, Letalität und Effektivität von Reperfusionstherapien. Eine Auswertung von Daten des Herzinfarktregisters: "Das 60-Minuten-Herzinfarktprojekt".

Geboren am 10.01.1958 in Wolbeck, jetzt Münster
Reifeprüfung am 13.07.1977 in Münster
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1979 bis WS 1985/86
Physikum am 24.03.1981 an der Freien Universität Berlin
Klinisches Studium in Berlin
Praktisches Jahr in Berlin
Staatsexamen am 30.10.1985 an der Freien Universität Berlin

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. J. Senges

Wenige Patienten mit akutem Myokardinfarkt kommen mit kardiogenem Schock zur Krankenhausaufnahme. Über Charakteristika, Risikofaktoren und Prognose dieser Patienten sowie derzeit übliche Therapiestrategien ist wenig bekannt. Unklar ist vor allem die Effektivität einer thrombolytischen Therapie bei dieser Patientengruppe.

Die Auswertung von Daten des Herzinfarktregisters "Das 60-Minuten-Herzinfarktprojekt", einer deutschen multizentrischen Registererhebung aus den Jahren 1992 bis 1994, liefert einige Daten zur Klärung dieser Fragen.

2,5% der Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt kommen mit einem systolischen Blutdruck von unter 101 mm Hg und einer Herzfrequenz von über 100 Schlägen pro Minute, somit in einem hämodynamisch instabilen Zustand - überwiegend im kardiogenen Schock -, zur Krankenhausaufnahme. Patienten aus dieser Risikogruppe sind signifikant älter als solche ohne diese Aufnahmecharakteristika. Die Krankenhaussterblichkeit dieser Patienten liegt bei 47,1% im Vergleich zu 12,4% der übrigen Patienten. Die folgenden klinischen Parameter liegen bei den so definierten Patienten mit Schock signifikant häufiger vor als bei den Patienten ohne Schock: ein (sowohl Links- als auch Rechts-)Schenkelblock, ein früherer Myokardinfarkt, eine unbekannte Prähospitalzeit sowie ein nicht sicher diagnostisches Aufnahmeelektrokardiogramm (alle $p < 0,05$). Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant durch Prähospitalzeit, Lokalisation des Myokardinfarkts oder durch das Geschlecht. Im Zeitraum der Registererfassung wurden 36,3% der Schockpatienten thrombolytisch behandelt im Vergleich zu 50,8% der Patienten ohne Schock. Eine Akut-Angioplastie - ohne oder nach Thrombolyse - wurde in beiden Patientengruppen nur selten (bei 2,2% der Patienten mit und 2,8% der Patienten ohne Schock) durchgeführt. Patienten mit Schock, die eine thrombolytische Therapie und/oder Akut-Angioplastie erhielten, waren jünger als die nicht reperfusionsorientiert behandelten Schockpatienten, hatten seltener einen Schenkelblock im Aufnahme-EKG und eine unbekannte Prähospitalzeit, häufiger ein eindeutig diagnostisches Aufnahme-EKG und waren seltener weiblichen Geschlechts. Die Krankenhausletalität der thrombolytisch behandelten Patienten mit Schock lag mit 33,3% signifikant (univariate Analyse) unter der der nicht thrombolytisch behandelten mit 55,1%. Die multivariate Analyse zeigt keinen signifikanten Einfluß der Thrombolyse auf die Krankenhausletalität von Patienten mit Schock bei Aufnahme, jedoch einen positiven Trend.

Weibliche Patienten mit Schock, ältere Patienten, Patienten mit Vorderwandinfarkt sowie mit unbekannter Prähospitalzeit wiesen ein signifikant höheres Risiko auf, im Krankenhaus zu versterben als Patienten ohne diese Charakteristika.

In der täglichen klinischen Routine wird eine thrombolytische Therapie bei Myokardinfarktpatienten mit kardiogenem Schock deutlich seltener durchgeführt als bei stabilen Patienten. Gerade auch bei diesen Patienten aber ist eine thrombolytische Therapie mit einer Verringerung der Krankenhaussterblichkeit assoziiert. Der kardiogene Schock in der frühen Phase des akuten Myokardinfarkts sollte nicht als eine Kontraindikation zur thrombolytischen Therapie betrachtet werden. In Übereinstimmung mit anderen Empfehlungen kann eine thrombolytische Therapie von Patienten mit akutem Myokardinfarkt mit kardiogenem Schock bei Aufnahme zumindestens in solchen Kliniken empfohlen werden, in denen beziehungsweise in deren unmittelbarer Nähe die Möglichkeit einer Akut-Angioplastie nicht besteht. Über die Effektivität anderer aggressiver Therapiestrategien - insbesondere der Akut-PTCA - beim kardiogenen Schock kann anhand der vorliegenden Registerdaten wegen der kleinen Zahl der Patienten, die während der Registererfassung diese Behandlungen erhielten, keine Aussage gemacht werden.