



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Prognostischer Einfluss der Koronaren Herzkrankheit auf Patienten
mit ventrikulären Tachykardien und Kammerflimmern:
Langzeitergebnisse einer monozentrischen Registerstudie über
zehn Jahre**

Autor: Linda Reiser
Institut / Klinik: I. Medizinische Klinik
Doktorvater: Prof. Dr. I. Akin

Die vorliegende Arbeit untersuchte den Einfluss der Koronaren Herzkrankheit und der Durchführung einer Koronarangiographie auf Patienten mit ventrikulären Tachyarrhythmien und plötzlichem Herztillstand.

Zunächst konnte gezeigt werden, dass Patienten mit ventrikulären Tachyarrhythmien eine bessere Langzeitprognose hatten, wenn zusätzlich ein akuter Myokardinfarkt im Indexevent vorlag. Bei den Patienten mit akutem Myokardinfarkt stellte das Infarktereignis selbst meist die Erstdiagnose einer Koronaren Herzkrankheit dar. Die ventrikulären Tachyarrhythmien waren hier häufig direkte Folge des akuten Infarktgeschehens. Somit konnte diese fassbare Ursache aufgrund flächendeckender Kathetermöglichkeiten zeitig behoben werden. Die schlechtere Prognose bei Patienten mit ventrikulären Tachyarrhythmien außerhalb eines akuten Koronarsyndroms ist vor allem durch die bestehende Kardiomyopathie mit Myokardsubstrat zu erklären. Hier waren die ventrikulären Tachyarrhythmien Folge einer myokardialen Vorschädigung mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz. Dementsprechend gab es häufig keinen kausalen therapeutischen Ansatzpunkt.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem ST-Streckenhebungsinfarkt ein besseres Langzeitüberleben als Patienten mit einem Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt aufwiesen. Bei den Patienten mit einem Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt erfolgte hauptsächlich eine sekundäre Troponinfreisetzung durch eine zeitgleich bestehende Sepsis, einen Schlaganfall, eine hypertensive Entgleisung, eine vorliegende Niereninsuffizienz sowie die Herzrhythmusstörungen selbst. Damit ist die schlechtere Prognose der Patienten mit einem Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt vor allem durch die bestehenden Komorbiditäten zu erklären. Hinzu kommt, dass Patienten mit einem Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt erst nach Abklärung sekundärer Ursachen und damit per se zeitlich verzögert koronarangiographiert werden können.

Abschließend konnte ein identisches Langzeitüberleben von Patienten mit ischämischer und nicht-ischämischer Kardiomyopathie, bei denen ventrikuläre Tachyarrhythmien auftraten, dargestellt werden. Im Gegensatz zu der vorliegenden Arbeit ist in anderen Studien eine höhere Mortalität für Patienten mit ischämischer Kardiomyopathie gegenüber Patienten mit nicht-ischämischer Kardiomyopathie beschrieben. In der hier vorliegenden Arbeit erfolgte jedoch ein Matching der beiden Gruppen hinsichtlich wichtiger prognosebeeinflussender Eigenschaften, was das vergleichbare Überleben der beiden Gruppen mitbedingt haben könnte. Dennoch erscheint die Gruppe mit ischämischer Kardiomyopathie auch in der vorliegenden Arbeit als das Kollektiv mit der höheren Krankheitslast. Allerdings gibt es für Patienten mit ischämischer Kardiomyopathie im Gegensatz zu Patienten mit nicht-ischämischer Kardiomyopathie gute Möglichkeiten der Prävention und Therapie. Insbesondere langfristige Therapiemöglichkeiten spielen bei beiden Kardiomyopathiegruppen eine entscheidende prognostische Rolle. Ein ICD dient der Prävention ventrikulärer Tachyarrhythmien und bringt damit vor allem prognostischen Nutzen im Hinblick auf das Langzeitüberleben. Die vorliegende Studie, in der hauptsächlich sekundärprophylaktische ICD-Implantationen erfolgt waren, belegt, dass ein ICD auch bei Hochrisikopatienten mit stattgehabten ventrikulären Tachyarrhythmien aufgrund einer ischämischen Kardiomyopathie bereits nach wenigen Monaten zu einer Prognoseverbesserung führt.