



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 51 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2011

Prognostische Bedeutung der systolischen versus diastolischen Herzinsuffizienz in einer gemischten Patientenpopulation

Dr. Philip Jung et al., München

Durch Ausschluss einer systolischen Funktionseinschränkung bei gleichzeitigem Nachweis von Herzinsuffizienzsymptomen wurde in früheren Studien die Diagnose der diastolischen Herzinsuffizienz gestellt und eine ähnlich schlechte Prognose wie für die systolische Form der Herzinsuffizienz postuliert. Dies war die Basis für groß angelegte Studien zur Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz (z.B. I-PRESERVE: Irbesartan versus Placebo bei Patienten mit Herzinsuffizienz und erhaltener systolischer LV-Funktion).

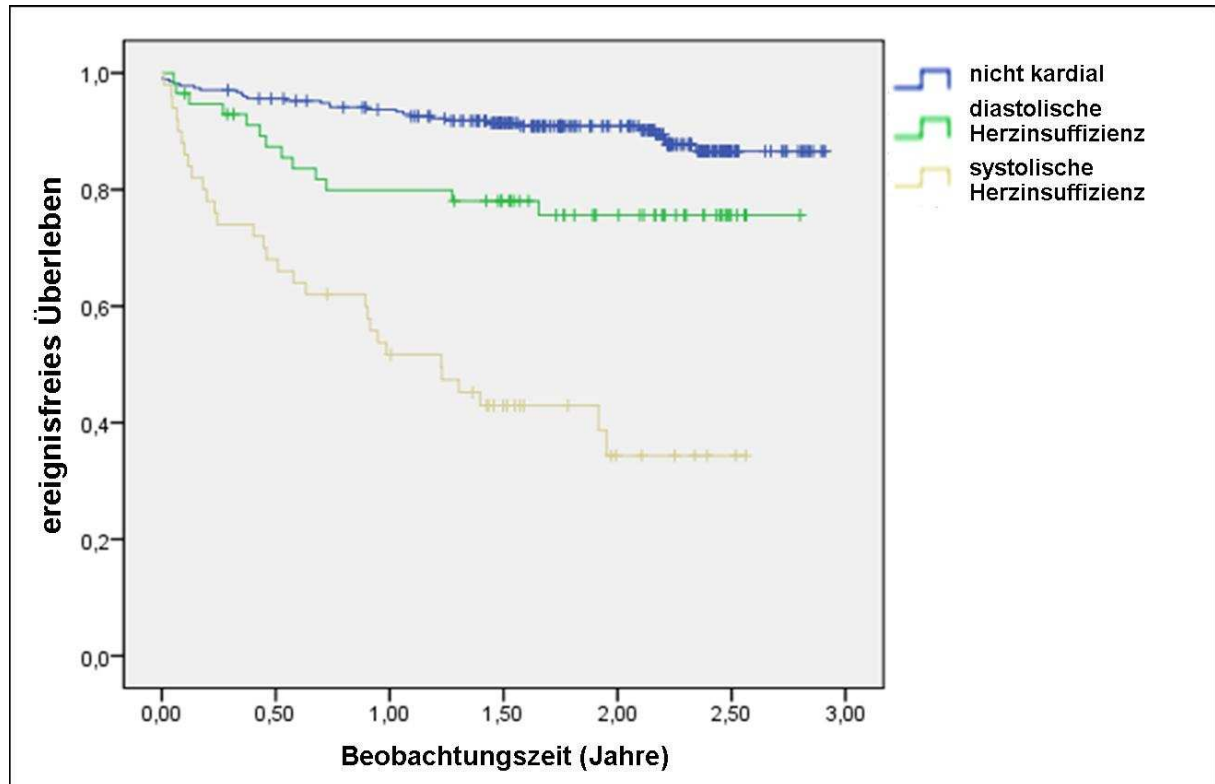


Dr. Philip Jung

Im klinischen Alltag erscheint es jedoch sinnvoll, die Diagnose einer diastolischen Herzinsuffizienz präziser zu stellen und von einem entsprechenden echokardiografischen Nachweis erhöhter linksventrikulärer Füllungsdrücke abhängig zu machen. Die vorliegende Arbeit vergleicht daher die Prognosen bei Patienten mit echokardiografisch nachgewiesener diastolischer Herzinsuffizienz mit solchen Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz.

Methoden: Bei 380 konsekutiven ambulanten Patienten ($57,4 \pm 16,0$, 51 % männlich) mit kardial vermuteter Dyspnoe wurde anamnestisch die NYHA-Klassifikation (2-4) sowie echokardiografisch neben einer kompletten Standarduntersuchung die systolische Funktion mittels biplanimetrischer Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion (EF) und die diastolische Funktion mittels Messung des Diameters des linken Vorhofs (LA), des maximal früh- und spätdiastolischen Mitralisflusses (E und A) sowie der frühdiaastolischen Klappenringbewegung (E') bestimmt. Hieraus wurden die Quotienten E/E' und

E/A abgeleitet. Für die Diagnose einer diastolischen Herzinsuffizienz mussten folgende Kriterien erfüllt werden: $EF \geq 50$ Prozent, NYHA-Klasse ≥ 2 , $E/E' > 8$. Für die Diagnose einer systolischen CHF musste neben Symptomen (NYHA-Klassifikation ≥ 2) die EF unter 50 Prozent liegen. Die Patienten wurden im Mittel $1,7 \pm 0,7$ Jahre nachbeobachtet und folgende Ereignisse registriert: Tod, Myokardinfarkt, koronare Intervention, Herztransplantation. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS 17,0.



Ereignisraten bei Patienten mit systolisch, diastolisch und nicht-kardial bedingter Belastungsdyspnoe

Ergebnisse: Eine systolische Form der Herzinsuffizienz lag bei 50 (13,2 %), eine diastolische bei 57 Patienten (15 %) vor, bei den übrigen 273 Patienten (71,8 %) bestand echokardiografisch kein Hinweis auf eine kardiale Genese der Beschwerden. Betrachtete man nur die Patienten mit Nachweis einer kardialen Ursache für die Belastungsdyspnoe, so war die Prävalenz der diastolischen Herzinsuffizienz geringfügig höher als die der systolischen Form (53 vs. 47 %), was den publizierten Prävalenzen in anderen Studien entspricht.

Die Ereignisraten unterschieden sich für alle drei Gruppen in der Kaplan-Meier-Analyse signifikant (log rank, $p < 0,001$). Allerdings war die Ereignisrate bei Vorliegen einer systolischen Herzinsuffizienz (30 Ereignisse/50 Patienten, 60 %) deutlich höher als in der Gruppe mit diastolischer Herzinsuffizienz (13 Ereignisse/57 Patienten, 22,8 %) und am niedrigsten in der Gruppe ohne Nachweis einer kardialen Genese der Belastungsdyspnoe (29 Ereignisse/273 Patienten, 10,6 %).

Schlussfolgerung: Die Prognose einer systolischen Herzinsuffizienz ist ungünstiger als die einer echokardiografisch nachgewiesenen diastolischen

Herzinsuffizienz. Dennoch weist auch letztere eine erhöhte Ereignisrate auf im Vergleich zu Patienten, bei denen eine kardiale Ursache der Belastungsdyspnoe ausgeschlossen wurde.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 7500 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.