



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 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 03/2008

Depression und medizinische Komorbiditäten bei Patienten mit chronischer systolischer Herzinsuffizienz – eine Studie des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz

Dr. Thomas Müller-Tasch et al., Heidelberg

Samstag, 29. April 2008 (Saal 5), 16.30 – 18 Uhr

Jeder vierte bis fünfte Patient mit einer chronischen Herzinsuffizienz leidet unter einer depressiven Komorbidität die neben erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität einen Risikoprädiktor für kardiale Dekompensationen, Hospitalisierungen und Mortalität darstellt. Über Zusammenhänge zwischen klinischen Faktoren und komorbiden somatischen Erkrankungen und dem Vorliegen einer Depression ist bisher wenig bekannt.



Dr. Thomas Müller-Tasch

Methoden

In die Analyse gingen die Daten von allen Patienten mit einer chronisch systolischen Herzinsuffizienz (echokardiografische LVEF \leq 40 %) ein, die zwischen Januar 2004 und Juli 2007 in eine Studie des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz eingeschlossen wurden. Eine „major depression“ wurde mittels kategorialer Auswertung des Patient-Health-Questionnaire-9 (PHQ-9) diagnostiziert. Der PHQ-9 ist ein validierter 9-Item-Fragebogen zur Depressionsdiagnostik. Folgende klinische Faktoren und somatische Komorbiditäten wurden auf ihre potenzielle Assoziation mit dem Vorhandensein einer „major depression“ untersucht:

Alter, Geschlecht, Ätiologie und Dauer der Herzinsuffizienz, Nikotin- und Alkoholkonsum, Hämoglobin (Hb), Beta-Blocker-Therapie, Anzahl von Arztkontakten oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz in den vergangenen zwölf Monaten, Z.n. Myokardinfarkt, Vorhandensein eines ICD, Vorhandensein eines biventrikulären Schrittmachers, Z.n. Bypass-OP, Z.n. Reanimation, KHK, Diabetes mellitus, Hepatitis B oder C, cerebrovaskuläre Erkrankungen, COPD, pAVK.

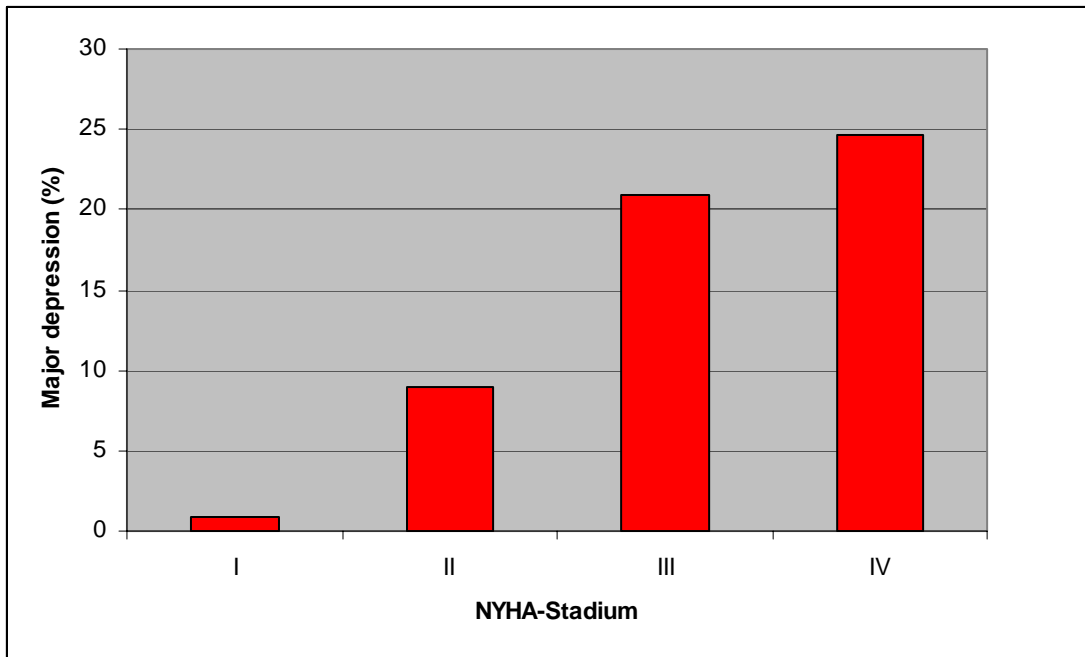
Als Maß für die Krankheitsschwere wurde das NYHA-Stadium kontrolliert.

Ergebnisse

2119 Patienten wurden in die Analysen eingeschlossen (Alter $62,9 \pm 13,6$ Jahre, 74,8 % Männer, LVEF $29,0 \pm 7,7$ % (MW \pm SD)). Von 1872 Patienten (88,3 %) waren Depressionsdaten aus dem PHQ-9 verfügbar. Die Prävalenz der „major depression“ stieg mit zunehmendem NYHA-Stadium deutlich an ($r = 0,23$, $p < 0,001$). Signifikante Zusammenhänge mit dem Vorhandensein einer „major depression“ zeigten sich für weibliches Geschlecht ($r = 0,07$), Anzahl von Arztkontakten ($r = 0,09$), KHK ($r = 0,05$), Z.n. Myokardinfarkt ($r = 0,06$), Vorhandensein eines ICD ($r = -0,06$), cerebrovaskuläre Erkrankungen ($r = 0,08$), COPD ($r = 0,09$), Hb ($r = -0,06$) und LVEF ($r = -0,07$) (all $p < 0,05$). Weibliches Geschlecht, Anzahl von Arztkontakten, Z.n. Myokardinfarkt, Vorhandensein eines ICD, cerebrovaskuläre Erkrankungen und COPD blieben auch nach Kontrolle für das NYHA-Stadium signifikant.

Schlussfolgerung

In dieser großen, repräsentativen Kohorte von Patienten mit chronisch systolischer Herzinsuffizienz waren weibliches Geschlecht, komorbide somatische Erkrankungen, der Hb-Wert und die LVEF nur schwach mit dem Vorhandensein einer „major depression“ assoziiert. Die Schwere der Herzinsuffizienz selbst scheint ein wesentlich wichtigeres Korrelat der Depression zu sein. Weitere mögliche Prädiktoren für eine depressive Komorbidität – zum Beispiel inflammatorische Prozesse, soziodemografische Faktoren und Konstrukte wie die Krankheitsattribution und -verarbeitung der Patienten – müssen in längsschnittlichen Untersuchungen auf kausale Zusammenhänge mit der Entstehung einer depressiven Komorbidität untersucht werden.



Verteilung der Prävalenz der „major depression“ in Prozent (nach kategorialer Auswertung des PHQ-9) von NYHA-Stadium I-IV