



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

Altersabhängige Mortalität bei Patienten ab 75 Jahren mit akutem Koronarsyndrom

Dr. Harald Rittger et al., Coburg

Donnerstag 27. März 2008 (Saal 3), 8 – 9.30 Uhr

Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt die Anzahl der Patienten von mehr als 75 Jahren, die mit einem akuten Koronarsyndrom (ACS) stationär aufgenommen werden, weiterhin zu. Gleichzeitig ist diese Altersgruppe in den gängigen Studien nur unzureichend repräsentiert. Im Gegensatz zu jüngeren Patienten stehen zur Behandlung des ACS bei älteren Menschen nur limitierte Daten zur Verfügung, und das Alter findet oft nur als eine abstrakte Größe Eingang in die entsprechenden Risiko-Scores. Auf der anderen Seite ist das Patientenalter ein wichtiger Parameter bei der weiteren Therapieentscheidung. In vielen Studien ist bisher der Vorteil eines invasiven Vorgehens im Gegensatz zu einem nichtinvasiven Vorgehen beim ACS belegt worden. Inwieweit dieser Vorteil bei besonders alten Patienten (ab 75 Jahren) in Anbetracht der höheren Komorbidität und der erhöhten Komplikationsrate weiter besteht, ist noch nicht ausreichend belegt.



Dr. Harald Rittger

Ziel unserer Untersuchung war es daher, anhand eines großen Patientenkollektivs von mehr als 75 Jahren mit akutem Koronarsyndrom die altersabhängige 30-Tagesmortalität darzustellen und in einem retrospektiven

Ansatz den Vorteil eines invasiven vs. eines nichtinvasiven Vorgehens zu untersuchen.

Methoden

Im Zeitraum von September 2005 bis November 2006 wurden 500 Patienten (mittl. Alter 81 ± 5 Jahre, 255 weiblich, Killip-Klasse $1,4 \pm 0,75$, EF 47 ± 15 %, Grace-Score 153 ± 30) mit der Diagnose eines ACS in unserem Zentrum behandelt. Davon lag bei 381 Patienten (76 %) ein Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und bei 119 (24 %) ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI) vor. Analog zum Grace-Risc-Score wurde ein Risikomodell für dieses Patientenkollektiv erstellt und dann die registrierte 30-Tages-Mortalität mit der rechnerischen attributiven Mortalität in der Gruppe der invasiv und nichtinvasiv therapierten Patienten verglichen. Zusätzlich wurde anhand einer logistischen Regression die altersabhängige Mortalität bestimmt.

Ergebnisse

Von den 500 Patienten wurden 411 (82 %) invasiv und 89 (18 %) nichtinvasiv behandelt. Insgesamt traten 28 Todesfälle auf. Der mittlere Grace-Score betrug $150,24 \pm 28$ in der Gruppe der invasiv und $168,87 \pm 34$ in der nichtinvasiv behandelten Gruppe ($p < 0,001$). Hieraus errechnet sich anhand des Risikomodells ein 30-Tages-Mortalitätsrisiko von 3,53 Prozent für die invasiv behandelte Gruppe und 10,2 Prozent für die nichtinvasiv behandelte Gruppe. Die tatsächlich beobachtete 30-Tages-Mortalität war jedoch für die erste Gruppe mit 2,4 Prozent ($n = 10$) deutlich geringer und für die zweite, nichtinvasiv behandelte Gruppe mit 20,2 Prozent deutlich höher als die erwartete Mortalität. Dieser Unterschied war auch in den Subgruppenanalysen der STEMI und NSTEMI-Patienten nachweisbar. Die altersabhängige Mortalität konnte für dieses Kollektiv mit folgender Formel beschrieben werden: $(f(x) = (1 / (1 + (\exp(-14.778 + (0,145 * x)))))) * 100$. Hieraus errechnete sich eine unterschiedlich hohe 30-Tages-Mortalität für die verschiedenen Altersstufen.

Schlussfolgerung

Die Mortalität bei Patienten jenseits des 75. Lebensjahres ist streng mit dem Alter korreliert und steigt exponentiell an. Sie liegt in der Altersgruppe zwischen 75 und 100 Jahren zwischen zwei Prozent und 40 Prozent. Gleichzeitig zeigen unsere Daten, dass auch bei Patienten ab 75 Jahren mit einem akuten Myokardinfarkt durch ein invasives Vorgehen eine deutliche Verbesserung des Outcomes zu erreichen ist. Die bei älteren Patienten erhöhte Komplikationsrate kann diesen Vorteil in Bezug auf die 30-Tages-Mortalität nicht aufwiegen. Aus diesem Grunde sollte besonders älteren Patienten, sowohl bei STEMI als auch bei NSTEMI, diese Therapieoption nicht vorenthalten werden.

Alter (Jahre)	75 – 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 100	> 100
30-Tages-Mortalität	1,98%	4,0%	7,92%	15,08%	26,84%	40,09%

30-Tages-Mortalität beim akuten Koronarsyndrom (ACS) in Abhängigkeit vom Alter