



DGK.

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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2017“

Pneumonia and Inflammation in Acute Decompensated Heart Failure – A Registry-Based Analysis of 1.939 Patients

Dr. Alexander Jobs, Lübeck

Verschiedene Umstände, wie z.B. Nichteinhaltung der Medikation/Diät, Rhythmusstörungen oder Infektionen, können zur Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz führen. Dies führt häufig zur Krankenhauseinweisung aufgrund einer erheblichen Verschlechterung der Herzinsuffizienzsymptomatik. Andererseits können Infektionen und hier vor allem die Pneumonie als Folge einer Herzinsuffizienzdekompensation auftreten. Ältere Laborstudien wiesen darauf hin, dass eine pulmonale Stauung das Wachstum von Pneumonie-typischen Bakterien wie Streptococcus pneumoniae und Staphylococcus aureus begünstigt. Häufig ist schwierig abzugrenzen, welche Pathologie (Herzinsuffizienzdekompensation oder Pneumonie) zuerst bestand, da Patienten meist nicht scharf genug anamnestizierbar sind. Wichtiger noch ist jedoch der Umstand, dass häufig die diagnostische Differenzierung in der Notaufnahme sehr schwierig ist. Sowohl die Herzinsuffizienz als auch die Pneumonie sind in der Notaufnahme i.d.R. klinische Diagnosen, die laborchemisch und radiologisch unterstützt oder gesichert werden. Hinsichtlich der Symptome (Dyspnoe) und Zeichen (feuchte Rasselgeräusche) gibt es eine breite Überschneidung zwischen beiden Krankheitsbildern. Laborchemisch bedingt oft die Herzinsuffizienzdekompensation in Abwesenheit einer manifesten Infektion selbst einen Anstieg klassischer Infektparameter, wie das C-reaktive Protein (CRP) oder Procalcitonin (PCT). Die radiologische Beurteilung von konventionellen Thorax-Aufnahmen weist eine große interobserver und intraobserver Variabilität auf. Ebenso ist die Beurteilung von pneumonischen Infiltraten durch eine pulmonalvenöse Stauung erschwert. Zusammenfassend ist es für aufnehmende Ärzte schwierig zu differenzieren, ob bei Patienten mit Herzinsuffizienzdekompensation zusätzlich eine Pneumonie vorliegt.



Dr. Alexander Jobs

In einer monozentrischen Register-Analyse haben wir die prognostische Bedeutung der begleitenden Pneumonie und des Inflammations-/Infektionsmarkers CRP hinsichtlich der Gesamtmortalität untersucht. In einem ersten Schritt haben wir durch das Krankenhausinformationssystem alle Pati-



DGK.

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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2017“

enten, die zwischen 2008 und 2014 mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz behandelt wurden, identifiziert. Schlussendlich wurden nur Patienten (n=1939) analysiert, bei denen die Herzinsuffizienzdekomensation anhand der Beschreibung entsprechender Symptome und Zeichen im Arztbrief bestätigt werden konnte. Eine begleitende Pneumonie lag in 412 (21,2%) der Patienten vor und wurde für die Studie anhand der Nebendiagnose im Arztbrief und dem Vorhandensein von Infiltraten im Röntgen-Thorax bei Aufnahme definiert. Der mediane CRP-Spiegel war mit 12,1 mg/l vergleichbar zu dem in anderen publizierten Kohorten (11,0 bis 13,0 mg/l). Bei Patienten mit Pneumonie war der mediane CRP-Spiegel höher als bei Patienten ohne Pneumonie (24,9 versus 9,8 mg/l; $P < 0.001$). In einer Cox Regressionsanalyse waren sowohl Pneumonie als auch CRP signifikant und unabhängig von anderen Prädiktoren mit der Krankenhaussterblichkeit assoziiert. Bei der Langzeitsterblichkeit mit einer medianen Nachbeobachtungszeit von 16 Monaten blieb in der Cox Regressions-Analyse nur die signifikante Assoziation des CRPs bestehen (Tabelle 1).

	Pneumonie OR/HR (95% CI)	P-Wert	log(baseline CRP) OR/HR (95% CI)	P-Wert
Krankenhaussterblichkeit	1.91 (1.16-3.09)	0.009	1.66 (1.37-2.02)	<0.001
Langzeitmortalität	1.15 (0.97-1.36)	0.117	1.18 (1.12-1.25)	<0.001

Tabelle 1

Zusammenfassend weist dies darauf hin, dass der Grad der Inflammation prognostisch wichtiger sein könnte als die Diagnose einer spezifischen Infektion (z.B. Pneumonie). Weiter sind die CRP-Werte bei Patienten mit begleitender Pneumonie bei primärer Herzinsuffizienzdekomensation in der untersuchten Kohorte niedriger als es für Patienten mit der Hauptdiagnose ambulant-erworbene Pneumonie publiziert wurde. Das macht deutlich, dass die Pneumonie-Diagnose in der Situation einer führenden Herzinsuffizienzdekomensation sehr schwer ist. Damit verbunden ist auch, dass die Entscheidung für oder gegen eine antibiotische Therapie bei diesen Patienten alles andere als trivial ist. Man kann spekulieren, dass viele dieser Patienten zu großzügig mit Antibiotika behandelt werden. Hier könnte das Ergebnis der aktuell rekrutierenden IMPACT-EU Studie (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02392689) weitere Orientierung bringen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 10.000 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitere Informationen unter www.dgk.org