



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society**

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 09/2013*

Die PARO-CHD-Studie: Eine (schwere) Parodontitis ist bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit aus Ostdeutschland häufig, steht aber nicht in Zusammenhang zu zukünftigen kardiovaskulären Ereignissen

Dr. med. Axel Schlitt et al., Halle-Wittenberg

Hintergrund: Sachsen-Anhalt hat auch über 20 Jahre nach der Wiedervereinigung im Vergleich zu den anderen, deutschen Bundesländern die höchste Herzinfarkt-Sterblichkeit. Traditionelle Risikofaktoren können dieses Phänomen nur schwerlich erklären. Da die Parodontitis häufiger in der ostdeutschen Bevölkerung zu finden ist und diese Erkrankung mit Herz-Kreislaufkrankungen wie der Koronaren Herzkrankung (KHK) assoziiert ist, wurde die Hypothese aufgestellt, dass der Nachweis einer Parodontitis einen Einfluss auf die Prognose der Patienten aus Sachsen-Anhalt mit einer KHK besitzt.



Dr. med. Axel Schlitt

Methoden: In dieser prospektiven, monozentrischen Studie sind nach Votum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg und schriftlicher Einverständniserklärung in den Jahren 2009 bis 2011 1.002 konsekutive Patienten mit angiographisch nachgewiesener KHK während ihres Krankenhausaufenthaltes in den Abteilungen für Innere Medizin III und Herz- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg rekrutiert worden (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01045070). Nach Einschluss sind alle Daten hinsichtlich der KHK und ihrer Risikofaktoren erfasst sowie eine umfangreiche, orale Untersuchung durch approbierte Zahnärzte durchgeführt worden. Eine Parodontitis wurde als proximaler Attachmentverlust von ≥ 3 mm mindestens zweier, nicht benachbarter Zähne und eine schwere Parodontitis als proximaler Attachmentverlust von ≥ 5 mm von mindestens 30% der Zähne definiert. In einem Follow-up von 12 Monaten waren die Daten



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 09/2013*

hinsichtlich des vordefinierten, primären, kombinierten Endpunktes (Herz-Kreislauf-Tod, Myokardinfarkt und Schlaganfall/TIA) erfasst worden.

Ergebnisse: Die Patienten waren überwiegend männlich (73,8%), 35,7% waren Diabetiker sowie 11,8% aktive Raucher. Das mittlere Alter betrug $67,0 \pm 10,9$ Jahre, der mittlere BMI $28,5 \pm 4,5$ kg/m². Fast alle Patienten hatten eine Parodontitis (97,8%), entweder als milde (50,4%) oder schwere Form (47,4%) entsprechend der oben genannten Definitionen.

Follow-up-Daten waren von nur zwei Patienten nicht verfügbar. Der kombinierten Endpunkt trat bei 8,7% der Patienten während der einjährigen Nachbeobachtungsphase auf (kardiovaskulärer Todesfälle: n=38, nichttödliche Herzinfarkte: n=23, Schlaganfälle / TIA: n=16).

Als wichtigste Erkenntnis der Studie zeigte der Vergleich der Gruppen der Patienten mit schwerer versus derer ohne schwere Parodontitis keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des primären Endpunktes, auch wenn numerisch häufiger der kombinierte Endpunkte bei Patienten mit schwerer Parodontitis zu dokumentieren war (9,1% bei Patienten mit schwerer Parodontitis versus 6,5% bei Patienten ohne schwere Parodontitis, $p=0,145$ nach Log-Rank-Test, siehe Abbildungen 1 und 2).

Um prognostisch relevante Risikofaktoren zu identifizieren wurde eine multivariate Cox-Regressionsanalyse durchgeführt. Hier standen nur der BMI als kontinuierliche Variable (HR 0,939, 95% CI 0,888-0,992, $p=0,025$) und das Vorliegen eines Diabetes mellitus (HR 1,789, 95% CI 1,104-2,901, $p=0,018$) signifikant mit dem kombinierten Endpunkt in Zusammenhang.

Fazit: Auch wenn die schwere Form der Parodontitis bei ca. 50% der Patienten nachweisbar war, zeigte sich kein Zusammenhang zur Prognose entsprechend dem kombinierten, kardiovaskulären Endpunkt während der einjährigen Nachbeobachtung durch den Nachweis dieser Erkrankung. Diese fehlende Assoziation könnte mit der hohen Nachweisrate auch der leichteren Formen der Erkrankung im untersuchten Kollektiv in Zusammenhang stehen.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society

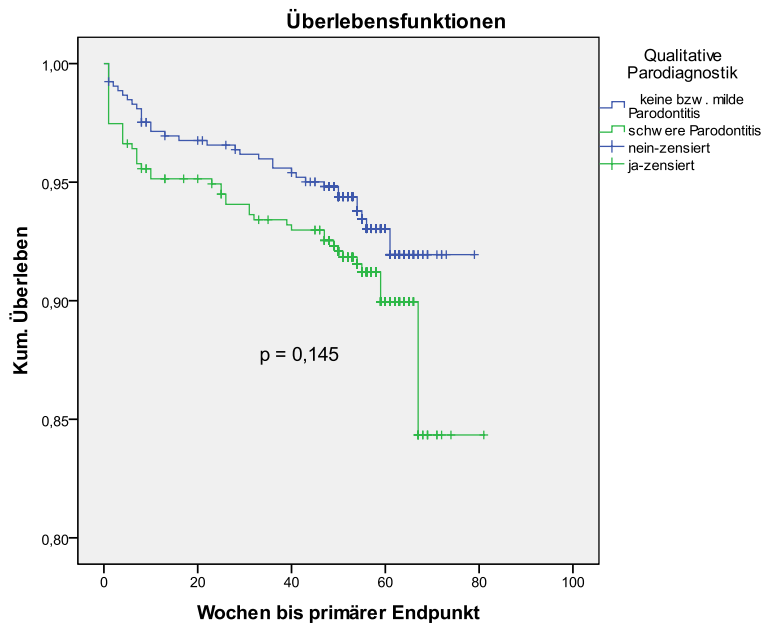
Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-0 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: info@dgk.org
Pressestelle: Telefon: +49 (0) 211 600 692-51 Fax: +49 (0)211 600 692-10 E-mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 09/2013

Grafik:

Abbildung 1: Kaplan-Meier-Kurve für den kombinierten Endpunkt (Infarkt/Reinfarkt, Schlaganfall/TIA, kardialer Tod) in Abhängigkeit von der parodontalen Diagnose. Statistischer Vergleich mittels Log-Rank-Test.



Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 8200 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