



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 04/2007

**Anhaltend unzureichende Sekundärprävention
koronarkrankter Diabetiker:
Eine Analyse von 41.300 Patienten im Drei-Jahresverlauf**

Prof. Dr. Heinz Völler et al., Rüdersdorf

Donnerstag, 12. April 2007 (Saal 13), 8 – 9.30 Uhr

Von Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne bislang manifestem Diabetes mellitus weist nur ein Drittel einen unauffälligen Glukose-Metabolismus auf. Der Großteil verfügt zu gleichen Teilen im oralen Glukosebelastungstest über eine gestörte Glukosetoleranz oder erfüllt die Kriterien eines Diabetes mellitus. Die für Diabetiker vergleichsweise schlechtere Prognose kann unter Beachtung von in Leitlinien verankerten Zielwerten für Blutdruck (< 130/80 mmHg) oder LDL-Cholesterin (optional < 70 mg/dl) verbessert werden. Inwieweit Diabetiker eine an den strengen Zielwerten orientierte Sekundärprävention erfahren, ist bislang unzureichend geklärt.



Prof. Dr. Heinz Völler

Methodik

Von 2003 bis 2005 wurden in 116 Rehabilitationskliniken 41.300 konsekutive Patienten (30,6 % Frauen, im Jahre 2005 67,9 Jahre; 69,4 % Männer, 63,3 Jahre) nach akutem koronarem Ereignis eingeschlossen. Zu Beginn und bei Entlassung wurden BMI, Blutdruck, Blutzucker und das Lipidprofil bestimmt und die Pharmakotherapie protokolliert. Unter Adjustierung für Alter, Geschlecht und Ausgangswerte erfolgte die Analyse von Niveauunterschieden zwischen

Diabetikern (n = 11,973, 29,7 %) und Nicht-Diabetikern (n = 28.370, 70,3 %) unter Berücksichtigung zeitlicher Veränderungen (Trends).

Ergebnisse

Im Beobachtungszeitraum von drei Jahren wiesen Diabetiker in gleichem Ausmaß bei Entlassung aus Akut- als auch Rehabilitationskliniken signifikant höhere RR-Werte auf (systolischer RR bei Diabetikern 123,7 mmHg vs. 122,1 mmHg bei Nicht-Diabetikern, $p < 0,001$). Während der Anschlussheilbehandlung (AHB) konnte in beiden Gruppen durchschnittlich eine Reduktion des systolischen Blutdrucks um 8 mmHg sowie des diastolischen Blutdrucks um 4 mmHg erzielt werden. Bei Entlassung war der Anteil von Diabetikern mit RR-Werten $< 140/90$ mmHg im Vergleich zu Nicht-Diabetikern signifikant niedriger (78,2 % vs. 82,4 %, $p < 0,001$), obwohl die Kombinationstherapien aus Betablockern und ACE-Hemmern über den Zeitverlauf zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich waren. Während Diabetikern ein Betablocker signifikant seltener verordnet wurde, erhielten sie häufiger einen ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorantagonisten (im Jahre 2005 73,3 % vs. 70,6 % bzw. 22,4 % vs. 19,7 %, $p < 0,001$).

Koronarkranke verließen während der Registrierperiode mit verbessertem Lipidprofil die Akutklinik. Diabetiker wiesen beim LDL- und Gesamtcholesterin systematisch niedrigere, bei den Triglyzeriden höhere Werte als Nicht-Diabetiker auf. HDL-Cholesterin war bei Diabetikern signifikant niedriger. Nach der AHB war bei Diabetikern das LDL-Cholesterin im Verlauf der drei Jahre signifikant niedriger (im Jahre 2005 89,2 mg/dl vs. 92,1 mg/dl, $p < 0,0001$), während bei Nicht-Diabetikern auf konstantem Niveau niedrigere Triglyzeridwerte erzielt wurden (im Jahre 2005 136,4 mg/dl vs. 138,9 mg/dl, $p < 0,0001$). Zielwerte für LDL-Cholesterin < 100 mg/dl und Triglyceride < 180 mg/dl wurden für beide Gruppen in höherem Ausmaße erreicht (im Verlauf von 51,9 % auf 58,5 % für Diabetiker und von 51,0 % auf 57,5 % für Nicht-Diabetiker, Trend $p < 0,001$).

Schlussfolgerung

Während in den letzten Jahren eine Verbesserung des Lipidprofils – wenn auch noch nicht im ausreichendem Maße – bei allen Koronarkranken erzielt wurde, ist, besonders bei Diabetikern, keine verbesserte Blutdruckeinstellung gelungen. Obgleich eine antihypertensive Differenzialtherapie erfolgte (höherer Anteil von ACE-Hemmern/ AT1-Rezeptorantagonisten bei Diabetikern) und eine Kombinationstherapie in gleichem Ausmaß eingesetzt wurde, erscheint die Dosierung, besonders im Hinblick auf einen Zielwert $< 130/80$ mmHg, unzureichend.

