



**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](mailto:presse@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2016“**

## **"Raucherparadox" bei Patienten mit Myokardinfarkt und kardiogenem Schock – Eine Subanalyse der IABP-SHOCK II-Studie**

**Mohammed Saad, Lübeck**

In der Regel ist das Rauchen mit deutlich erhöhten Raten von akuten Myokardinfarkten (AMI) und Tod als Folge einer koronaren Herzkrankheit (KHK) gegenüber Nichtrauchern verbunden. Paradoxerweise konnte in früheren Studien festgestellt werden, dass die Sterblichkeitsrate von Rauchern nach AMI niedriger als sie bei Nichtrauchern war, was auch als "Raucherparadox" bezeichnet wird. Dieses "Raucherparadox" wurde in AMI-Patienten vor allem während der Fibrinolyse-Ära beobachtet. Nach multivariater Adjustierung zeigten die meisten Studien, vor allem nach Einführung der frühen Revaskularisation mittels primärer perkutaner Koronarintervention (PCI), keine Assoziation von aktivem Nikotinkonsum und der Prognose.



Mohammed Saad

Nur wenige Daten existieren über Prognoseunterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern, wenn sich im Rahmen des akuten Myokardinfarkts ein kardiogener Schock (CS) entwickelt.

Die aktuelle Studie ist eine Subanalyse der Intraaortic Balloon Pump in Cardiogenic Shock II (IABP-SHOCK II) Studie und des korrespondierenden Registers. Die IABP-SHOCK-II-Studie war eine multizentrische, randomisierte Studie, die die Rolle einer IABP bei 600 Patienten mit AMI und CS untersuchte und keinen Überlebensvorteil für Patienten durch die IABP belegen konnte. Patienten (n=188), welche ein oder mehrere Ausschlusskriterien für die randomisierte Studie hatten, wurden in einem prospektiven Register erfasst.

Bei 772 von insgesamt 788 (98%) Patienten konnte eine Information zum Raucherstatus erhoben werden, davon waren 263 (34%) Raucher. Aktive Raucher waren eher männlich, jünger (61 vs. 73 years;  $p < 0.001$ ) und hatten weniger Komorbiditäten einschließlich Nierenfunktionsstörungen, arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus. In der univariaten Analyse hatten Raucher eine niedrigere Sterberate nach 12 Monaten (Abb. 1; 43,0% vs. 59,2%;  $p < 0,001$ ), diese Assoziation konnte nach Adjustierung für wichtige Risikofaktoren mittels Cox-Regressionsanalyse nicht mehr nachgewiesen werden (Abb. 2).



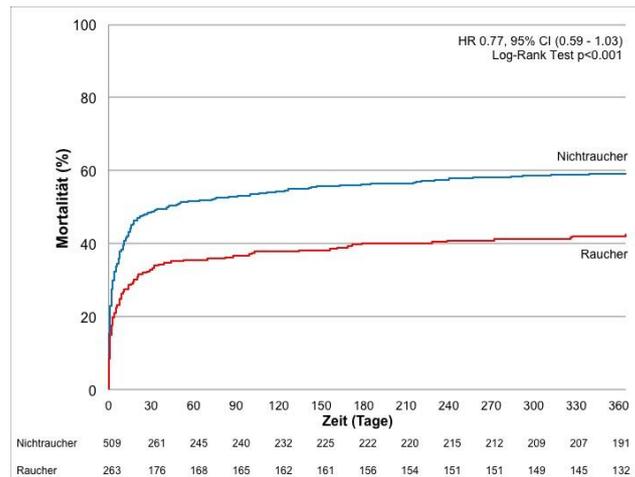
**DGK.**

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

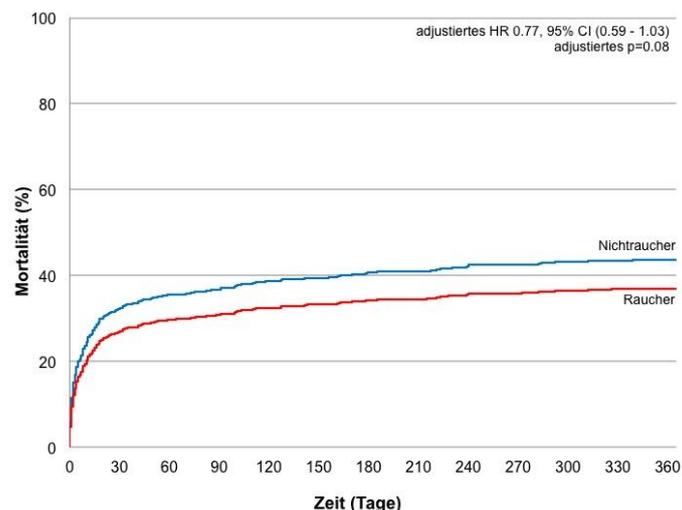
Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: presse@dgk.org  
Web: www.dgk.org

## Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 04/2016“

Insgesamt scheint der univariat gesehene Überlebensvorteil vor allem dadurch bedingt zu sein, dass Raucher im Schnitt ihre Infarkte über eine Dekade früher als Nichtraucher entwickeln und dadurch ein viel niedrigeres Risikoprofil zeigen. Nach multivariater Adjustierung zeigte sich kein Überlebensvorteil mehr für Raucher.



**Abbildung 1** Kaplan-Meier-Kurve zeigt den Unterschied in der Ein-Jahres-Mortalität zwischen Rauchern und Nichtrauchern (blaue Linie Nichtraucher, rote Linie Raucher).



**Abbildung 2** Die adjustierte Kaplan-Meier-Kurve nach Korrektur für Parameter, die univariat unterschiedlich waren.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 9000 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](http://www.dgk.org)