

Nach Rauchstopp

PAVK-Risiko bleibt für Jahrzehnte

Forscher der Universität Baltimore haben Daten von mehr als 13.000 Patienten analysiert. Ihr Appell: Es ist notwendig, jüngeren Rauchern bewusst zu machen, dass ihr Risiko für PAVK nach Rauchstopp noch bis zu 30 Jahre erhöht sein kann.

Rauchen ist ein stärkerer Risikofaktor für PAVK als für KHK und Schlaganfall, melden US-Forscher. Sie fanden heraus, dass das relative Risiko von Rauchern für die Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) mehr als doppelt so hoch ist wie ihr Risiko für koronare Herzkrankheit (KHK) und Schlaganfall, [1]. Während sich das KHK-Risiko nach zwanzig rauchfreien Jahren und das Schlaganfallrisiko innerhalb von 5–20 Jahren normalisierte, dauerte es beim PAVK-Risiko rund 30 Jahre.

Für die Analyse untersuchten die Forscher Daten von mehr als 13.000 Patienten aus der ARIC-Studie, eine der ersten Untersuchungen von längerfristigen Auswirkungen des Rauchens und der

Rauchentwöhnung auf das Risiko für KHK, Schlaganfall und PAVK.

Während des durchschnittlichen Follow-ups von 26 Jahren wurden 492 PAVK-Erkrankungen, 1.798 Fälle von KHK und 1.106 Schlaganfälle festgestellt. Menschen, die 35 Jahre oder länger geraucht hatten, hatten ein 5,56-fach erhöhtes Risiko für PAVK, ein 2,30-fach erhöhtes Risiko für KHK und ein 1,91-fach erhöhtes Schlaganfallrisiko im Vergleich zu Nichtrauchern.

Nach Ansicht der Studienautoren stand bisher vor allem das KHK- und Schlaganfallrisiko von Rauchern im Vordergrund, während das eigentlich höhere



Trotz Rauchstopp kann das PAVK-Risiko noch bis zu 30 Jahre lang erhöht sein.

PAVK-Risiko noch wenig untersucht wurde. Es sei notwendig, jüngeren Rauchern bewusst zu machen, dass ihr Risiko für PAVK und weitere atherosklerotische Erkrankungen trotz Rauchstopp noch bis zu 30 Jahre erhöht sein kann.

„Es ist nie zu früh oder zu spät für einen Rauchstopp!“

In einem Begleitkommentar schreibt Dr. Nancy Rigotti vom Massachusetts General Hospital und der Harvard Medical School in Boston: „Die Ergebnisse stärken die Botschaft: Es ist nie zu früh oder zu spät, mit dem Rauchen aufzuhören. Nie zu spät, weil das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach einem Rauchstopp relativ schnell wieder sinkt, und nie zu früh, weil die vollständige Eliminierung des Risikos Jahrzehnte dauert – bei PAVK sogar noch länger als bei Herzinfarkt oder Schlaganfall.“ [2]

sj

1. Ding N et al. JACC 2019;74(4):498–507

2. Rigotti NA JACC 2019;74(4):508–11

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Akute Herzinsuffizienz nach Infarkt häufiger bei Frauen

Frauen entwickeln in Zusammenhang mit einem Herzinfarkt häufiger eine Herzinsuffizienz. Bei den betroffenen Patientinnen ist zudem das Sterberisiko höher als bei vergleichbaren männlichen Infarktpatienten, belegen Daten eines internationalen Registers.

Dass eine akute Herzinsuffizienz als STEMI-Komplikation die Mortalität erhöht, ist gut bekannt. Auch in der aktuellen Analyse der Daten von 10.443 Patienten mit STEMI aus dem ISACS-TC-Register (International Survey of Acute Coronary Syndromes in Transitional

Countries) war die „In-Hospital-Sterblichkeit“ bei STEMI mit Herzinsuffizienz deutlich höher als bei STEMI ohne entsprechende Komplikation (24,0% vs. 6,2%). Allerdings stießen die Untersucher hier auf deutlich geschlechtsspezifische Unterschiede.

30-Tage-Mortalität bei Frauen um knapp 30% höher

So kamen sie in ihrer unter anderem für Alter, Risikofaktoren, Komorbiditäten und Verzögerungen bei der Klinikeinweisung adjustierten Analyse zu dem Ergebnis, dass die Inzidenz einer de-novo Herzinsuffizienz bei Frauen signifikant

um 34% höher war als bei Männern. Bei Frauen mit neu aufgetretener Herzinsuffizienz war zudem die 30-Tage-Rate für die Gesamtmortalität relativ um 29% höher als bei männlichen STEMI-Patienten mit entsprechender Komplikation.

Frauen mit Herzinsuffizienz nach STEMI repräsentierten eine Hochrisiko-Gruppe, die es verdiene, dass mehr in die Erforschung von Möglichkeit zur Reduktion spezifischer Risiken investiert werde, lautet das abschließende Fazit der Autoren.

ob

Cenko E. et al. J Am Coll Cardiol 2019;74:2379–89