

FETTSTOFFWECHSEL

ZB MED

KHK-Prognose auch bei Hochrisikogruppen bessern

Senkung des LDL-Cholesterins ist nur die halbe Miete

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Senkung des LDL-Cholesterins wahrscheinlich nur einen Teil der Reduktion des koronaren Risikos erklärt. Gleichzeitig rückt das HDL stärker in den Fokus der Therapie. Vor allem Hochrisikogruppen wie Typ 2 Diabetiker müssen frühzeitig und intensiv behandelt werden. Aktuelle Daten zeigen, dass Fibrat hier eine wertvolle therapeutische Alternative darstellen.

Analisiert man die vorliegenden epidemiologischen und Interventionsstudien wie beispielsweise die Framinghamstudie oder die Physicians Health Study, so Frank Sacks*, Boston, USA, wird deutlich, dass dem HDL-Cholesterin für das koronare Risiko ebenso viel Bedeutung zukommt wie dem LDL-Cholesterin. HDL- und LDL-Cholesterin beeinflussen das Myokardinfarktrisiko gleichermaßen (Abb. 1).

Eine Metaanalyse von vier prospektiven Studien (Gordon et al., Circulation 1989) zeigte bereits vor zehn Jahren, dass ein Anstieg des HDL-Cholesterins um 1 mg/dl eine Abnahme der Inzidenz der koronaren Herzkrankheit um 2% bei Männern und um 3% bei Frauen bringt. Der Stellenwert des HDL-Cholesterins

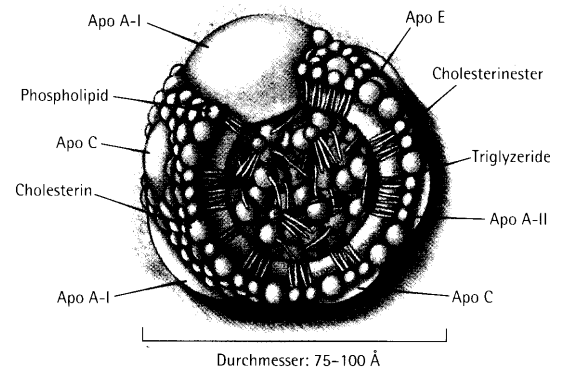
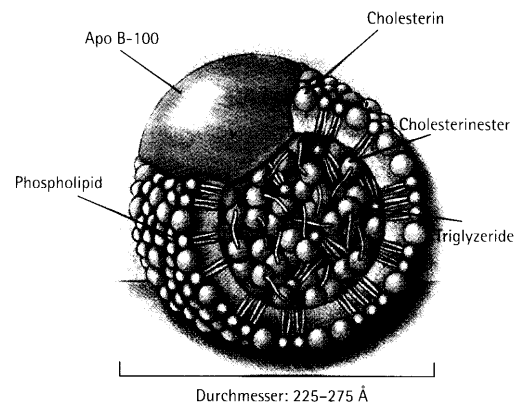
sowie der Fibrat als Lipidsenker der Wahl bei Typ 2 Diabetikern wurde 1999 durch die Ergebnisse der VA-HIT (Veterans Affairs HDL-Cholesterol Intervention Trial) nachdrücklich bestätigt.

Auch die koronare Risikoreduktion in der 4S-Studie ist zu zwei Dritteln durch die prozentuale Abnahme des LDL-Cholesterins und zu einem Drittel durch die Zunahme von HDL-Cholesterin zu erklären. In der Helsinki-Heart-Studie resultieren die Therapieerfolge zu zwei Fünfteln aus der Reduktion des LDL-Cholesterins und zu drei Fünfteln aus dem Anstieg des HDL-Cholesterins.

Nicht ausschließlich das LDL-Cholesterin senken

Die CARE-Studie (Cholesterol And Recurrent Events Trial) hat gezeigt, dass das koronare Risiko durch Senkung des LDL-Cholesterins bis zu einem Wert von etwa 120 mg/dl abnimmt. Um noch mehr zu erreichen, muss das HDL-Cholesterin erhöht werden.

Die Konstellation eines niedrigen HDL-Cholesterins bei nur leicht erhöh-



Auf das Verhältnis zwischen LDL (oben) und HDL (unten) kommt es an.

tem LDL-Cholesterin kommt in der Praxis recht häufig vor. Sander Robins, Boston, USA, fand in einer Untersuchung an 8500 KHK-Patienten, dass 59% ein LDL-Cholesterin von mehr als 130 mg/dl aufwiesen, aber 64% ein HDL-Cholesterin von weniger als 40 mg/dl.

*Symposium und Pressekonferenz „Atherosclerosis: From the vessel wall to clinical practice“ und Symposium „Can we reach what we preach? Maximising the benefits of new generation statins“. Im Rahmen des 22. International Symposium on Atherosclerosis (ISA), Stockholm, 25.-29. Juni 2000. Veranstalter: Groupe Fournier, Dijon

Ma vi
25.20
- 142, 45 Beil.
ZB MED