



Sortis®

WWW.PFIZER.DE

AKTUELL

OKTOBER 2003

PFIZER · GÖDECKE · PARKE-DAVIS · MACK

Risikofaktoren, Risikopatienten und Atorvastatin

Anlässlich des Weltkongress für Nephrologie im Juni 2003 in Berlin fand unter der Leitung von Professor Christoph Wanner (Würzburg) ein Symposium statt, in dem die kardiovaskulären Besonderheiten und insbesondere das Lipidprofil von Patienten mit dialysepflichtiger Nierenerkrankung im Mittelpunkt standen.

Epidemiologie und Pathophysiologie der KHK bei Dialysepatienten

Patienten mit chronischer Nierenerkrankung haben ein hohes absolutes Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung, so Professor *Colin Baigent* (Oxford) in seiner Präsentation.

Die jährliche kardiovaskuläre Mortalitätsrate von dialysepflichtigen Patienten mit Nierenerkrankung ist – unabhängig vom Geschlecht – schon im Alter von 25–34 Jahren extrem hoch und nimmt mit den Jahren kontinuierlich zu.

Bei der nierengesunden Bevölkerung sind die prozentualen Ausgangswerte deutlich niedriger, mit zunehmendem Lebensalter steigt die Mortalitätsrate dann

zwar deutlich an, ohne jedoch selbst bei den über 85-Jährigen das Niveau der Niereninsuffizienten zu erreichen.

Dennoch ist es nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht gesichert, dass eine generelle Statintherapie bei diesen Patienten in jedem Falle den gewünschten Nutzen bringt.

Dafür gibt es, so Baigent mehrere Gründe, wobei insbesondere der Verlauf einer KHK bei chronisch Nierenkranken untypisch verläuft und sich vom Krankheitsbild bei nicht Nierenkranken unterscheidet.

So zeigen Daten aus den USA aus dem Jahre 1996 (Report der USRDS, United States Renal Data System), dass bei etwa 10 % der Dialysepatienten ein akuter Herzinfarkt, in 17 % ein Herzstillstand und in 16 % andere kardiale Gründe als Todesursache diagnostiziert wurden und 5,5 % einen tödlichen Schlaganfall erlitten.

Diese Ereignisse wären durch eine Cholesterinsenkung beeinflussbar, wenn Patienten mit CKD (Chronic Kidney Disease) mit anderen Hochrisikopatienten vergleichbar wären.

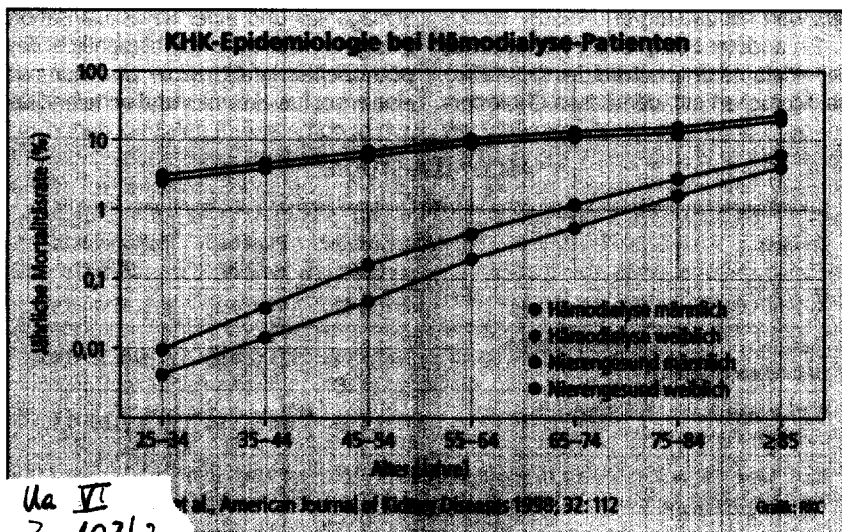
Überraschend war, dass die Mehrzahl der Todesfälle aber keine klare Ätiologie

haben. Die meisten Patienten sterben plötzlich, was man an dem hohen Anteil an Herzstillstand ablesen kann. Es scheint daher, so Baigent, dass eine Cholesterinsenkung bei Dialysepatienten nicht den gleichen positiven Effekt erzielen kann, wie bei Nierengesunden.

Ein weiteres Problem ist, dass dialysepflichtige Patienten bisher aus den großen Studien ausgeschlossen wurden, so dass für diese Patientengruppen derzeit keine aussagekräftigen Daten zur Verfügung stehen.

Einer der Hauptfaktoren der spezifischen Gefäßveränderungen von Patienten mit Niereninsuffizienz ist offensichtlich die kardiale Hypertrophie sowie atherosklerotisch veränderte Arterien. Je nachdem, ob die linksventrikuläre Hypertrophie konzentrisch oder exzentrisch ausgebildet ist, hat dies Auswirkungen auf die Überlebensrate. Auf der Basis entsprechender EKG-Resultate kann man die Überlebensrate von Dialysepatienten vorhersagen.

Auffällig bei dieser Patientengruppe ist weiterhin eine ausgeprägte Kalzifizierung nicht nur der Intima, sondern auch der Media. Gegenüber nierengesunden Patienten mit KHK ist sie oft schon sehr frühzeitig bei Patienten unter 40 Jahren festzustellen und in der Altersspanne von 40 bis 49 Jahren ist sie bereits vierfach erhöht.



Sortis®

AKTUELL

5/2003

Inhalt

Epidemiologie und Pathophysiologie der KHK bei Dialysepatienten	1
Die Deutsche Diabetes Dialyse Studie	2
Das Gesamtrisiko ist entscheidend, nicht die einzelnen Risikofaktoren	2
Risikoreduktion durch Statine	3
Hochrisikopatient Diabetiker	3

Ua VI
Z. 103/2
100,40, Bil.
ZB MED