

Primärprävention der koronaren Herzkrankheit und Fettstoffwechselstörungen

Von Prof. Dr. med. F. U. Beil

In westlichen Ländern ist die Koronare Herzkrankheit eine häufige Erkrankung und Todesursache. Der Erstmanifestation der Koronaren Herzkrankheit gehen oft wenig Symptome voraus, sodass etwa 30-40% der Patienten vor jeglicher kardiologischer Intervention versterben. Daher kommt einer mit dem Kindesalter beginnenden Primärprävention eine große Bedeutung zu.

Die für die Erkrankung ursächliche Koronararteriosklerose ist multifaktoriell bedingt. In den letzten Jahren sind viele Risikofaktoren identifiziert worden, deren Therapie zu einer Senkung des Risikos für eine koronare Herzkrankheit geführt hat: Hyperlipidämie, Nikotinverzicht, Hypertonie, körperliche Inaktivität, Diabetes mellitus, Adipositas. Weitere nur zum Teil beeinflussbare Faktoren sind eine verstärkte Gerinnungsdisposition, erhöhtes Homocystein, erhöhtes Lipoprotein(a), Entzündungsmarker (erhöhtes C-reaktives Protein), Lebensalter und familiäre Disposition. Die Bewertung eines einzelnen Risikofaktors wie Hypercholesterinämie muss daher im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren gesehen werden. Eine genaue Einschätzung des Gesamtrisikos für deutsche Männer in mittlerem Lebensalter ist online möglich: www.chd-taskforce.de. Zur Orientierung bei der Beratung in der Primärprävention werden folgende Zielwerte für einzelne Lipoproteine vorgeschlagen:

LDL cholesterin <160 mg/dl	ohne zusätzliche Risikofaktoren
LDL cholesterin <130 mg/dl	mit zusätzlichen Risikofaktoren
HDL cholesterin > 35 mg/dl	bei Männern
HDL cholesterin > 45 mg/dl	bei Frauen
LDL/HDL <4	ohne zusätzliche Risikofaktoren
LDL/HDL <3	mit zusätzlichen Risikofaktoren

Ernährung

Diese Zielwerte sind als Kompromiß zu verstehen. Deutlich niedrigere Cholesterinwerte werden in Ländern (Asien, Mittelmeerraum) mit sehr niedriger Prävalenz von koronarer Herzkrankheit trotz anderer Risikofaktoren beobachtet.

Unsere Ernährungsgewohnheiten sollten daher den Beispielen dieser Länder angepasst werden. Das lässt Raum für eine phantasiereiche Ernährung unter Beachtung folgender Prinzipien: Fettreduktion und Fettmodifikation (Verwendung natürlicher pflanzlicher Öle, regelmäßige Fischmahlzeiten) und damit Verringerung der Cholesterinzufuhr, häufiger Konsum von Obst und Gemüse, mäßiger Alkoholkonsum. Eine langfristige Gewichtsreduktion und Normalisierung der Cholesterinwerte lässt sich häufig nur durch eine begleitende körperliche Aktivität erreichen. In kontrollierten Studien (LA

Veterans Studie, Oslo Primärpräventions Studie) ließen sich diese Ideen nur teilweise erfolgreich durchsetzen: eine 10% ige Senkung der Cholesterinwerte (Differenz der Cholesterinwerte zwischen Interventions-und Beobachtungsgruppe) führte zu einer etwa 30%igen Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse ohne Beeinflussung der Gesamtmortalität.

Lipidsenkerstudien

Die ersten Studien nach der kontroversen Clofibrat Studie wurden mit Colestyramin (LRC Studie) und Gemfibrozil (Helsinki Herz Studie) durchgeführt. Unter Colestyramintherapie wurde bei einer Senkung der Cholesterinspiegel von 9% (LDL cholesterin 12%) eine Reduktion kardialer Ereignisse von 19% beobachtet. Unter Therapie mit Gemfibrozil (Reduktion des Cholesterins um 9%, Reduktion der Triglyzeride um 35%, Anhebung des HDL cholesterins um 10%) ließen sich die kardialen Ereignisse um 34 % senken. In beiden Studien blieb die Gesamtmortalität unverändert.

Eine Senkung der kardiologischen Ereignisrate, der kardiovaskulären Mortalität und Gesamtmortalität ließ sich erst in Studien mit Statinen nachweisen (WOSCOPS, AFCAPS/TexCAPS), wobei Raucher, Hypertoniker, Männer und Frauen, Diabetiker gleichermaßen profitierten: eine Senkung des Cholesterins um 18% bzw 20% führte zu einer Risikoreduktion bei Kardialen Ereignissen von 31%-37%, in gleichem Maße sank die Notwendigkeit von PTCA und Bypassoperationen.

Schlußfolgerung

Eine Senkung des Serumcholesterinspiegels um 1% führt zu einer 1.5-3% igen Reduktion des KHK Risikos. Die Senkung der Cholesterinwerte ist durch eine vernünftige Ernährung, körperliche Aktivität und Lipidsenker erreichbar.

Prof. Dr. med. F. U. Beil, Medizinische Klinik und Poliklinik des UKE, Hamburg Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg