



CHOLESTERIN SENKUNG

verhindert HERZINFARKTE

© Dan Race / Fotolia

Verschiedene Risikofaktoren in unserem Leben wirken sich negativ auf die Alterung unserer arteriellen Blutgefäße aus. Eine wichtige Rolle spielt dabei das in unserer Blutbahn zirkulierende Cholesterin. Während bis vor einigen Jahren noch eine gewisse Unsicherheit bzgl. der tatsächlichen Relevanz des sog. „bösen“ LDL-Cholesterins herrschte, ist die wissenschaftliche Datenlage heute eindeutig – auch wenn das einige offensichtlich schlecht recherchierte TV-Sendungen zuletzt noch anders behauptet haben.

ZUSAMMENHANG LDL-CHOLESTERIN UND HERZINFARKTRATE

Aktuell existieren zahlreiche klinische Studien, in denen nachgewiesen werden konnte, dass eine Senkung der LDL-Cholesterin-Werte durch eine Reduktion von Herzinfarkten und Schlaganfällen direkt mit einer Verbesserung

der Lebenserwartung assoziiert ist. Dabei scheint der positive Effekt einer Cholesterinsenkung unabhängig vom zugrundeliegenden Mechanismus zu sein. Neben diätetischen Maßnahmen (cholesterinarme Kost) und intensiver sportlicher Betätigung sind heute deshalb auch verschiedene medikamentöse Therapieformen zur Reduktion des persönlichen Cholesterinspiegels verfügbar.

JE NIEDRIGER, DESTO BESSER

Die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie empfehlen derzeit nach einem Herzinfarkt die Senkung des LDL-Cholesterin-Spiegels auf unter 70mg/dl (Klasse I-Empfehlung). Dabei hat sich in den kürzlich publizierten Studien zur Cholesterinreduktion die Gültigkeit des Leitsatzes „Je niedriger, desto besser“ klar nachweisen lassen (s. Abb 1). Durch Senkung der LDL-Cholesterin-Werte im Blut auf 50mg/dl oder weniger wurde die kardiovaskuläre Ereignisrate noch weiter reduziert, sodass in der nächsten Auflage der Leitlinienempfehlungen zur kardiovaskulären Sekundärprophylaxe eine erneute Absenkung des LDL-Zielspiegels zu erwarten ist.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIEOPTIONEN

Zur medikamentösen Senkung der Cholesterinwerte nach einem Herzinfarkt stehen heute in erster Linie die sog. Statine (Hemmung der Cholesterinproduktion in der Leber), daneben Ezetimib (Hemmung der Cholesterinaufnahme im Darm) und die injizierbaren PCSK9-Inhibitoren (Cholesterinelimination durch die Leber) zur Verfügung. Die Präparate können sowohl als Einzeltherapie als auch in Kombination miteinander verabreicht werden.

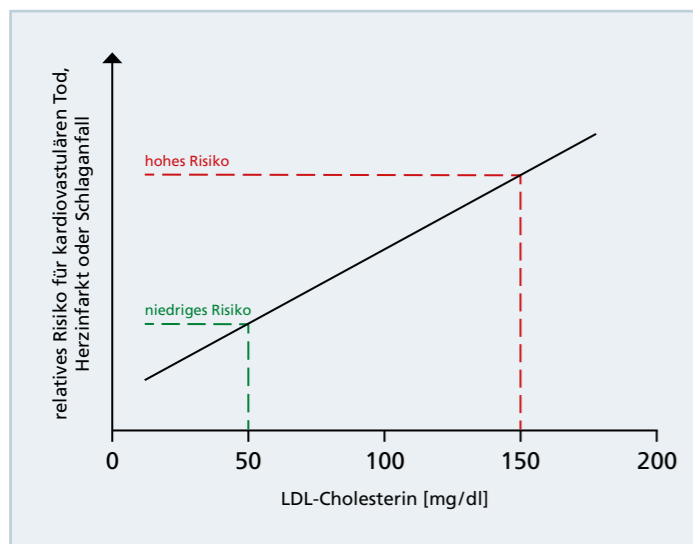
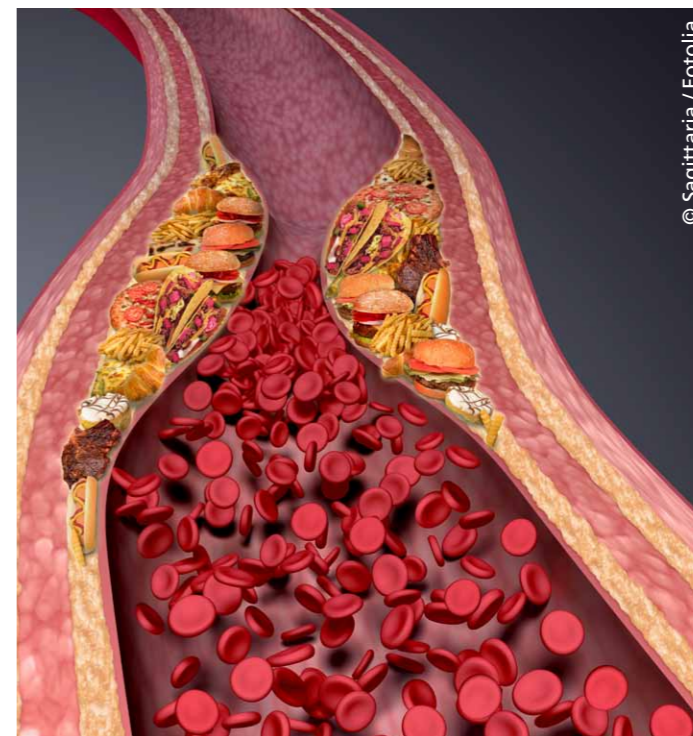


Abb. 1: Zusammenhang zwischen LDL-Cholesterin-Spiegeln im Blut und dem Auftreten von (tödlichen) Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Der Statin-Therapie kommt dabei aktuell der größte Stellenwert zu, da sie günstig und im Regelfall sehr gut verträglich ist. Neben der reinen Cholesterinsenkung können Statine zudem bestehende Verkalkungen in der Gefäßwand stabilisieren und damit das erneute Aufplatzen dieser Läsionen mit nachfolgender Gefäßverstopfung verhindern.

GUT VERTRÄGLICHE STATIN-THERAPIE

Dabei ist die Statin-Therapie viel besser als ihr Ruf in der Laienpresse vermuten lässt. Die oben beschriebenen positiven Effekte auf das Herz-Kreislauf-System gelten mittlerweile als wissenschaftlich zweifelsfrei nachgewiesen. Aber was ist mit den Nebenwirkungen? Als häufigste Nebenwirkung unter Therapie mit Statinen werden Muskelschmerzen von einem Teil der behandelten PatientInnen beklagt. In der im Jahr 2017 publizierten Placebo (Scheinmedikament)-kontrollierten ASCOT-LLA-Studie (Lancet 2017; 389: 2473–81) zeigten sich pro



Erhöhte Cholesterinwerte führen zu Gefäßverstopfungen

Jahr unter Statin-Therapie tatsächlich auch in 2,03% der Patienten Muskelbeschwerden. Allerdings wurden solche Beschwerden in gleicher Häufigkeit (2,0% pro Jahr) auch in Placebo-behandelten PatientInnen beschrieben, so dass Statine statistisch betrachtet nicht für ein gehäuftes Auftreten von Muskelschmerzen verantwortlich gemacht werden können. Dabei wussten aufgrund des sog. doppelblinden Studiendesigns weder die PatientInnen noch die behandelnden ÄrztInnen, ob tatsächlich ein Statin oder doch nur eine Placebo-Tablette eingenommen worden war. So konnte ausgeschlossen werden, dass das Wissen über eine tatsächliche Wirkstoffaufnahme einen Einfluss auf die Wahrnehmung von Muskelschmerzen gehabt haben könnte. Wurde den PatientInnen in einer anschließenden freiwilligen und offenen Studienphase jedoch mitgeteilt, dass sie unter einer Statin-Therapie stehen, berichteten diese PatientInnen pro Jahr 26% häufiger über derartige Nebenwirkungen als PatientInnen, bei denen die Medikation beendet worden war. Das bedeutet, dass alleine das Wissen um eine Statineinnahme die Rate an gefühlten Nebenwirkungen erhöhte (sog. Nocebo-

Effekt), obwohl in der entscheidenden verblindeten Studienphase zuvor kein Unterschied in der Häufigkeit von Muskelbeschwerden zwischen Statin- und Placebo-behandelten PatientInnen berichtet worden war. Daneben zeigte sich in der vorliegenden Studie auch kein Hinweis für ein erhöhtes Auftreten von erektiler Dysfunktion („Impotenz“), Schlafstörungen oder neurokognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz). Diese klinische Studie weist damit einmal mehr die tatsächlich sehr gute Verträglichkeit der Statine in der Dauertherapie nach.

MEDIKAMENTEN-AUSWAHL

Dies bedeutet natürlich nicht, dass die Statin-Therapie bei allen PatientInnen komplett nebenwirkungsfrei durchführbar ist. Denn ein Medikament ganz ohne Nebenwirkungen steht im dringenden Verdacht auch keine Hauptwirkung zu besitzen. Im Einzelfall existieren heute verschiedene

geprüfte Alternativpräparate. Am besten, Sie lassen sich hier durch den Arzt Ihres Vertrauens beraten.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen mein Team und ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prim. Priv.-Doz. Dr. med.
Christoph Johannes Brenner
Departmentleiter Kardiologie



Portrait Dr. Brenner © Michaela Seidl