

Martin Andreas Urbansky
Dr. med.

Umsetzung von Leitlinien zur Sekundärprävention: Lipidprofil im Langzeitverlauf bei angiographisch dokumentierter Koronarer Herzerkrankung

Geboren am 11.10.1973 in Frankfurt/Main
Staatsexamen am 23.12.2004 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. M. Haass

Die Koronare Herzerkrankung (KHK) ist die häufigste Todesursache der westlichen Industriestaaten. Bedingt durch den in Zukunft zunehmenden Altersdurchschnitt wird die Prävalenz der KHK noch steigen. Der Zusammenhang zwischen Vorliegen und Fortschreiten einer KHK und einer Dyslipidämie, insbesondere für erhöhte LDL-Cholesterinwerte, konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Außerdem haben kontrollierte klinische Studien einen Vorteil in Bezug auf Mortalität und Morbidität für Patienten unter einer Statintherapie belegt. Das Management von erhöhten LDL-Cholesterinwerten bei Patienten mit erhöhtem Risiko für eine KHK oder bereits objektiver KHK ist in Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften festgelegt. Unklar ist bislang, in welchem Umfang die bestehenden Leitlinien in der klinischen Praxis umgesetzt werden.

In einer monozentrischen Querschnittsuntersuchung wurden von Februar bis Dezember 2002 in der Kardiologischen Ambulanz der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg 215 Patienten hinsichtlich ihres Lipidstatus untersucht.

Das erhobene Lipidprofil wurde mit den bestehenden Leitlinien (National Cholesterol Education Program ATP III) verglichen und mit dem Abstand zum letzten Herzkatheter oder letztem Myokardinfarkt (Abstand kleiner oder größer zwölf Monate) in Korrelation gesetzt. Zusätzlich mussten die Studienteilnehmer einen strukturierten Fragebogen bearbeiten, der den Wissenstand der Patienten bezüglich der koronaren Risikofaktoren und eine eventuelle Reduktion seiner Risikofaktoren erfassen sollte.

Eine Hypercholesterinämie war bei 189 von 215 Patienten vorhanden. Die Leitlinien der NCEP ATP III-Vorgaben erfüllten in Bezug auf die LDL-Cholesterinwerte nur 25% des Studienkollektivs. Leichte erhöhte LDL-Cholesterinwerte hatten 38% der Studienpatienten. Grenzwertig erhöhte oder hohe LDL-Cholesterinwerte wiesen 37% der Patienten auf.

Die Intensität der Sekundärprophylaxe, insbesondere die Statineinnahme, scheint mit zeitlichem Abstand zum letzten Myokardinfarkt abzunehmen. Das LDL-Cholesterin in den beiden Studiengruppen unterschied sich mit einem p-Wert von 0,016 signifikant voneinander. Auch der p-Wert für den zeitlichen Abstand zum letzten Herzkatheter war mit einem Wert von 0,001 hochsignifikant. Zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses nahmen insgesamt 72,6% der Teilnehmer ein Statin ein. In Abhängigkeit vom letzten Herzkatheter zeigte sich, dass nur 68% der Patienten mit länger als 12 Monaten zurückliegender Herzkatheteruntersuchung ein Statin einnahmen, während es bei Patienten mit einem Abstand kleiner als zwölf Monaten noch 77% der Patienten waren. Diese Tendenz bestätigte sich auch bei dem Patientenkollektiv mit einem Myokardinfarkt in der Anamnese. Patienten mit einem Infarkt innerhalb des letzten Jahres hatten zu 80% ein Statin in der Medikation; in der Gruppe mit einem größeren Abstand nur noch 72%.

In dem untersuchten Patientenkollektiv waren 76,7% (n=145) richtig über eine bestehende Fettstoffwechselstörung informiert, 44 Patienten (23,3%) hatten keine Kenntnis über eine bestehende Fettstoffwechselstörung. Acht Teilnehmer gaben eine Fettstoffwechselstörung an, was sich aber weder durch die Patientenakte noch durch das Lipidprofil bestätigen ließ. Die

informierten Patienten hatten signifikant niedrigere Gesamt- und LDL-Cholesterinwerte als die nicht informierten Patienten (p-Wert 0,001 beziehungsweise 0,024). Hochsignifikante Unterschiede in den Gesamt- und LDL-Cholesterinwerten fanden sich auch bei Patienten, die richtig über Name und Dosierung ihres eingenommenen Statins informiert waren (p-Wert 0,002 beziehungsweise 0,006).

Die erhobenen Daten sind aufgrund der Literatur differenziert zu betrachten. Einerseits scheint die Tatsache, dass insgesamt 72,6% der Patienten ein Statin erhielten und ein durchschnittliches LDL-Cholesterin von 121 mg/dl aufwiesen im Vergleich zu älteren Sekundärpräventionsstudien eine Verbesserung zu sein. Andererseits stimmt der Umstand einer schlechter werdenden Adhärenz an bestehende Leitlinien mit zunehmendem Abstand zu Herzkatheter beziehungsweise Myokardinfarkt, insbesondere vor dem Hintergrund kürzlich publizierter Studien nachdenklich. Ziel sollte es daher sein, die Qualität der Sekundärprophylaxe der KHK zu intensivieren. Die Leitlinien müssen vermehrt in die klinische Arbeit übernommen werden, um Hochrisikopatienten zu identifizieren und damit deren Prognose durch eine optimierte Sekundärprophylaxe mittels Lebensstilveränderungen und Statintherapie zu verbessern.