

Abschätzung des kardiovaskulären Risikos

Triglyzerid- und Nüchtern-Cholesterinwerte sind überflüssig

Abrüstung an der Laborfront: Wer das kardiovaskuläre Risiko eines Patienten abschätzen will, benötigt dazu weder Triglyzerid- noch Nüchtern-Cholesterinwerte! Es reicht die Bestimmung von Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin, für die der Patient nicht nüchtern sein muss. Das ist das Ergebnis einer grossen Datenanalyse der Emerging Risk Factors Collaboration, einer Arbeitsgruppe von Epidemiologen der Universität Cambridge. Die Forscher haben, im Auftrag der British Heart Foundation, nicht nur die publizierten Daten aus einschlägigen Studien zurate gezogen, vielmehr versuchen sie seit einiger Zeit, die Primärdaten der Patienten zu berücksichtigen, die sie in eine eigene Datenbank einfliessen lassen.

Eine erste umfassende Auswertung ist kürzlich im «Journal of the American Medical Association» (JAMA 2009; 302 [18]: 1993–2000) publiziert worden. Die

Analyse beruht auf den Daten von rund 300 000 Patienten aus 68 prospektiven Studien, die in 21 Ländern in Europa und Nordamerika durchgeführt wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bestimmung des Non-HDL-Cholesterins (Gesamtminus HDL-Cholesterin) eine ebenso genaue Risikoabschätzung erlaubt wie die direkte Bestimmung des LDL-Cholesterins, auf dessen Laborwert deshalb genauso verzichtet werden kann wie auf den der Triglyzeride. Diese signalisieren zwar ebenfalls ein bestehendes Risiko für eine koronare Herzkrankheit, liefern aber nach Meinung der Autoren keine wichtigen Zusatzinformationen. Als überflüssig erweist sich ausserdem die Bestimmung der Apolipoproteine. Apo B und Apo AI zeigten in der Analyse das Risiko zwar genauso gut an wie Non-HDL-Cholesterin und HDL-Cholesterin, doch ist die Laboruntersuchung

kostspieliger. Professor Peter Weissberg, der medizinische Direktor der British Heart Foundation, geht unterdessen davon aus, dass die neuen Erkenntnisse bald auch in aktualisierten Leitlinien ihren Niederschlag finden werden. Es seien Kosteneinsparungen ohne Qualitätseinbussen möglich. «Die Studie unterstreicht aber, dass es wichtig ist, dass Allgemeinärzte in der Lage sind, HDL-Cholesterin so gut zu messen wie das Gesamtcholesterin.» Auch die Patienten könnten profitieren, da sie zur Blutabnahme nicht mehr nüchtern sein müssten – ein Vorteil, der sich in der Praxis aber nicht immer auszahlen wird: Wenn am selben Tag auch die Blutglukosewerte gemessen werden sollen, ist Nahrungskarenz nicht zu umgehen. ■

U.B.

Nierenarterienstenose

Angioplastie – riskant und ohne Nutzen

Bei Koronarstenosen ist die Angioplastie längst ein Routineeingriff. Das Verfahren, das in den Herzgefässen gute Erfolge aufweist, versagt offenbar in den Nierenarterien. Patienten mit einer Nierenarterienstenose kann durch eine perkutane Revaskularisierung der Nierenarterie nicht geholfen werden. Weder lässt sich die Nierenfunktion durch den Eingriff erhalten noch die Prognose der Patienten verbessern. Das hat die Studie Angioplasty and Stenting for Renal Artery Lesions (ASTRAL) ergeben, die kürzlich im «New England Journal of Medicine» (2009; 361: 1953–1962) publiziert wurde. An der Studie nahmen rund 800 Patienten teil, die eine (zumeist) schwere Stenose in mindestens einer Nierenarterie aufwiesen. Die Teilnehmer wurden in zwei Studiengruppen eingeteilt. Der eine Teil wurde ausschliesslich medikamentös behandelt, der andere unterzog

sich zusätzlich einer Angioplastie. Bei fast jedem dieser Patienten wurde nach der Dilatation ein Stent platziert.

Knapp drei Jahre später mussten die Forscher um Keath Westley von der Universität Birmingham feststellen, dass die Intervention keinen signifikanten Vorteil eintrug. Bei 73 revaskularisierten Patienten gegenüber 80 Patienten der Vergleichsgruppe kam es zu renalen Ereignissen. Zu ihnen zählten die Kliniker neu einsetzende Nierenschädigung, Dialyse oder Transplantation oder der Tod des Patienten. Auch die Zahl kardiovaskulärer Ereignisse war in beiden Gruppen fast gleich. Offenbar vermag die Revaskularisierung den medikamentösen Therapieertrag nicht mehr nennenswert zu steigern, auch wenn die Nierenfunktion bei Patienten nach Angioplastie etwas günstiger ausfiel: Der Kreatininwert war am Ende um 1,6 mmol/l niedriger als

in der Kontrollgruppe. Allerdings machen die nicht so seltenen Komplikationen solche mutmasslichen Vorteile wieder zunichte.

Bei 9 Prozent der Patienten kam es während des Eingriffs zu Zwischenfällen in der behandelten Nierenarterie (Okklusionen, Emboli, Rupturen) oder den zuführenden Arterien. 3 Patienten mussten Zeh oder Bein amputiert werden, 2 Patienten starben nach der Behandlung infolge eines kardialen Ereignisses, das wahrscheinlich auf die Intervention zurückzuführen war.

Fazit der Autoren: Die Revaskularisierung der Nierenarterien ist eine nicht belegte experimentelle Therapie, die nicht ausserhalb von Studien durchgeführt werden sollte. ■

U.B.