

Entscheidend ist die Langzeitprävention

Patienten mit instabiler Angina pectoris oder Nicht-Q-Zacken-Infarkt profitieren von einer sofortigen hochdosierten Lipidsenkungstherapie mit Pravastatin. Damit lässt sich nicht nur die Zahl der Klinikeinweisungen wegen Angina pectoris reduzieren, sondern auch die Rate an Schlaganfällen halbieren. Entscheidend für die Langzeitprognose ist die Sekundärprävention, deren Nutzen hinlänglich belegt ist, die aber weit davon entfernt ist, in der täglichen Praxis umgesetzt zu werden.

Ein 62-jähriger männlicher Patient meldet sich nach einer Anschlussheilbehandlung wegen eines akuten Myokardinfarktes vor vier Wochen in der hausärztlichen Praxis zur Weiterbetreuung. Der Patient ist seit Jahren übergewichtig, ist in einem guten AZ. Es besteht seit längerer Zeit ein latenter Diabetes mellitus (pathologische Glukosetoleranz). Weitere Risikofaktoren: langjähriger Nikotinkonsum (30–40 Zigaretten/Tag), regelmäßiger Alkoholkonsum (1–2 l Bier/Tag), arterielle Hypertonie (unzureichend eingestellt) und Hyperurikämie (eingestellt mit Allopurinol). Herzaktion

regelmäßig mit vereinzelt nicht pathologischen Extrasystolen. Blutdruck rechts 145/90 mmHg und links 150/90 mmHg. Puls um 90 Schläge/Minute. Lungen physikalisch ohne pathologischen Befund. Abdomen weich. Leber und Milz nicht palpabel, Nierenlager beidseits frei. Periphere Pulse seitengleich gut tastbar.

Diskussion

Die Arteriosklerose ist eine der häufigsten Erkrankungen unserer Zeit. Dabei handelt es sich um eine generalisierte Erkrankung, wobei die primäre Manifestation in der Mehrzahl der Fälle am Herzen in Form einer koronaren Herzerkrankung bzw. einem Myokardinfarkt erfolgt. Auch wenn viele Einzelheiten bezüglich der Pathogenese der Arteriosklerose noch nicht bekannt sind, so dürfte es sich doch um einen multifaktoriellen Prozess handeln, wobei Blutbestandteile, Gefäßwand und Entzündungsreaktionen eine Rolle spielen. Gerade Letztere haben in den letzten Jahren in zunehmendem Maße die Aufmerksamkeit der Wissenschaft gefunden.

So wissen wir heute, dass bei der Ruptur einer atherosklerotischen Plaque Entzündungsmechanismen, insbesondere Entzündungszellen, eine entscheidende

Rolle spielen. Deshalb ist eine Erhöhung des C-reaktiven Proteins (CRP) bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom neben EKG-Veränderungen und dem positiven Troponin-Test ein entscheidender Risikoindikator. Inwieweit solche Entzündungsprozesse durch bakterielle Infektionen oder durch die Thrombusbildung selbst induziert werden, darüber sind die Meinungen durchaus kontrovers.

Unter therapeutischen Gesichtspunkten scheint es jedoch sinnvoll, Therapiestrategien in das Behandlungskonzept zu integrieren, die auch in solche Entzündungsprozesse eingreifen. Dies gilt insbesondere für CSE-Hemmer wie z.B. Pravastatin. Diese Substanz senkt nicht nur den Cholesterinspiegel, sondern auch das CRP als wichtigen Entzündungsparameter. Dies konnte in einer jüngst veröffentlichten Studie, der PRINCE- (Pravastatin Inflammation/CRP Evaluation) Studie, belegt werden. Im Rahmen dieser Studie wurden sowohl Patienten mit bestehender Hypercholesterinämie, aber ohne manifeste KHK, d.h. im Rahmen der Primärprävention, als auch Patienten mit einer KHK im Sinne einer Sekundärprävention mit 40 mg Pravastatin über 24 Wochen behandelt. Bereits nach einer 12-wöchigen Therapie fand sich bei allen mit Pravastatin behandelten Patienten neben der Cholesterinsenkung auch eine signifikante Reduktion des hs-(hochsensitiven) CRP-Wertes, nämlich um 13,4 Prozent. Interessanterweise korrelierten die Effekte auf das Cholesterin und das hsCRP nicht miteinander.

Dr. med. Dirk Nonhoff

Entlassungsbericht:

- Z.n. akutem anterolateralem Myokardinfarkt als Erstmanifestation einer KHK, CK max. 920 U/L
- Z.n. Lyse, unkomplizierter Verlauf
- Angiographisch koronare 2-Gefäßerkrankung mit 70 % Stenose der proximalen LAD und Verschluss der RCX im mittleren Drittel, Z.n. erfolgreicher Wiedereröffnung mit PTCA + Stent
- EF 60 %, keine klinischen Zeichen der kardialen Insuffizienz
- In der Ergometrie belastet bis 140 Watt, keine klinischen oder elektrokardiographischen Ischämiezeichen

Laborparameter:

- Gesamtcholesterin 185 mg/dl
- LDL-Cholesterin 127 mg/dl
- HDL-Cholesterin 42 mg/dl
- LDL/HDL 3,0
- Triglyceride 182 mg/dl

- BZ nüchtern 116 mg/dl
- HbA1c 6,9 mg/dl
- alle übrigen Werte im Normbereich

EKG:

Regelmäßiger Sinusrhythmus, Linkstyp, Q und Negativierung in I, aVL und V4-6. Die Amplituden befinden sich im Normbereich.

Medikamentöse Therapie:

- ASS 1 x 100 mg
- Iscover® 1 x 75 mg
- Dytide® H 1 x 50 mg
- Lopressor® mite 1 x 50 mg
- Pravasin® protect 40 1 x 40 mg
- Glucophage® 3 x 500 mg
- Allopurinol-ratio 300 1 x 300 mg
- Angebot zur begleitenden Raucherentwöhnung
- Empfehlungen zur Ernährungsumstellung

Wellness-Wochenende zu gewinnen

Welcher Laborparameter wird heutzutage neben dem Cholesterin als wichtig für die Vorhersage der Arteriosklerosewahrscheinlichkeit angesehen?

Bei Beantwortung der Frage gibt es ein Wellness-Wochenende zu zweit in einem Erholungsort in Ihrer Nähe zu gewinnen. Der Einsendeschluss ist der 20.05.02. Lösungen bitte an WPV. GmbH, Stichwort: Fall des Monats, Riehler Str. 36, 50668 Köln oder per Fax: 0221/7764100.