



Simvastatin steigert deutlich HDL-Cholesterin

Einige Jahre lang ist es recht ruhig um das HDL gewesen, das gute Cholesterin, wie es medienwirksam bezeichnet wird. Die Senkung der Spiegel des bösen, des LDL-Cholesterins stand im Mittelpunkt des Interesses.

Seit die Ergebnisse der VA-HIT (Veterans Affairs HDL Intervention Trial)-Studie im letzten Jahr vorgestellt worden sind, scheint das Interesse am HDL aber wieder zu wachsen. In VA-HIT war gezeigt worden, daß durch eine Erhöhung der HDL-Werte bei KHK-Patienten das Risiko für Herzinfarkte und KHK-bedingte Todesfälle verringert werden kann. Mit Gemfibrozil war dieses Risiko um 22 Prozent gesunken. Die HDL-Spiegel waren um 7,5 Prozent gestiegen. Woraus Experten errechnet haben, daß für jedes Milligramm pro Deziliter, um das das HDL steigt, das Risiko um zwei bis drei Prozent fällt.

Das ist der Hintergrund, vor dem John P. Kastelein und Kollegen aus Amsterdam und aus Rahway im US-Staat New Jersey eine Studie mit den beiden CSE-Hemmern Simvastatin und Atorvastatin gemacht haben. Und zwar eine verblüffend große, um festzustellen, welche der beiden Substanzen das HDL nach einer Therapiezeit von 36 Wochen stärker steigen läßt. Teilgenommen haben 826 Patienten aus 16 Ländern Europas, Asiens und Amerikas. 414 wurden per Los der Simvastatin-Gruppe zugeteilt, 412 der Atorvastatin-Gruppe. Die Studie war doppelblind angelegt.

Die Patienten, die LDL-Werte über 160 mg/dl und Triglyzerid-Werte unter 350 mg/dl haben mußten, bekamen nach einer 4-Wochen-Diät sechs Wochen lang 40 mg Simvastatin und danach 30 Wochen lang 80 mg. Die Atorvastatin-Dosierung in der anderen Gruppe: 20 mg und 40 mg jeweils sechs Wochen lang, danach 80 mg.

Ergebnis: Mit Simvastatin gingen bei etwas besserer Verträglichkeit die HDL-Spiegel etwas mehr in die Höhe. Nach 12 Wochen waren sie mit Simvastatin um 9,7 Prozent gestiegen, mit Atorvastatin um 6,5 Prozent. Am Ende der Studie lagen die Werte bei 7,6 und 3,1 Prozent. Was immerhin ein signifikanter Unterschied ist, wie auf einem Poster beim ACC-Kongreß in Anaheim mitgeteilt worden ist. (HR)

Kurze Bestrahlung verhindert Gewebewucherung

Brachytherapie – die Lösung bei In-Stent-Restenosen?

Was bisher auch versucht worden ist, um die häufigen Restenosen innerhalb von Stents zu verhindern – etwa eine Behandlung mit Laser oder dem Rotablator – der Erfolg ist weitgehend ausgeblieben. Hoffnungen weckt jetzt die Brachytherapie: die intrakoronare Bestrahlung mit Betastrahlern.

Ein Verschluß der Metallhülse ist das größte und bisher noch ungelöste Problem bei der Implantation von Stents in die Koronargefäße. Bei etwa jedem fünften Patienten mit KHK, bei dem die Gefäße per Ballondilatation aufgeweitet worden sind und mit einem Stent offengehalten werden sollen, kommt es innerhalb der nächsten sechs Monate zu einer Gewebewucherung im Stent, die das Gefäß erneut verschließt. Besonders hoch ist die Rate von Restenosen nach einer erneuten Aufweitung dieser Engstellen. Ergebnisse einer Multicenterstudie machen jetzt Hoffnung, daß sich die Häufigkeit von In-Stent-Restenosen durch eine intrakoronare Bestrahlung mit einem Betastrahler vermindern läßt.



Professor Sigmund Silber in München: Die Bestrahlung mit dem Betastrahler hat die Zahl der kardialen Ereignisse um 34 Prozent gemindert.

Die Wirksamkeit der Brachytherapie zur Verhinderung von Restenosen ist für Gammastrahler in Studien bereits belegt worden, wie Professor Sigmund Silber auf dem Kardiologenkongreß in Mannheim berichtet hat. Der Nachteil dieser Therapie sei aber, daß ein aufwendiger Strahlenschutz nötig ist. Betastrahler seien dagegen leichter zu handhaben als Gammastrahler. Die Bestrahlung dauere nur wenige Minuten.

Silber hat in Mannheim die Ergebnisse der START (Stents and Radiation Therapy)-Studie, der ersten Placebo-kontrollierten Untersuchung zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von Betastrahlen bei der Therapie von Patienten mit In-Stent-Restenosen vorgestellt. START war erstmals beim ACC-Kongreß im März in Anaheim in Kalifornien präsentiert

worden. Insgesamt 476 Patienten, davon 25 aus Silbers Gemeinschaftspraxis in München, haben an der Untersuchung teilgenommen. Bei den Patienten ist nach Aufweitung der In-Stent-Restenose randomisiert eine Bestrahlung mit dem Betastrahler ⁹⁰Yttrium oder mit „Placebo“ vorgenommen worden. Die verabreichte Strahlendosis lag bei 16 bis 20 Gray, die Bestrahlungszeit betrug nur drei bis fünf Minuten. Bei 98 Prozent der Patienten konnte die Behandlung wie geplant vorgenommen werden.

Bei der Auswertung acht Monate nach dem Eingriff hat sich nach Angaben von Silber ein deutlicher Vorteil für die Patienten der mit dem Betastrahler behandelten Gruppe ergeben: Beim Hauptendpunkt, der Notwendigkeit eines erneuten Eingriffs, konnte die Zahl der Ereignisse durch die Bestrahlung um 34 Prozent gesenkt werden (24 Prozent Reinterventionen in der Placebogruppe im Vergleich zu 16 Prozent in der Verumgruppe). Auch die Summe der kardialen Komplikationen war in der bestrahlten Gruppe um 31 Prozent signifikant niedriger. Die Rate von Restenosen in den Stents, die angiographisch nach acht Monaten beurteilt wurden, war in der Verumgruppe um 66 Prozent geringer (14 im Vergleich zu 41 Prozent), die Restenoserate im aufgeweiteten Gefäß war um 36 Prozent geringer.

Diese Studie belegt nach Angaben von Silber, daß die intrakoronare Brachytherapie mit Betastrahlern eine wirksame Therapieform zur Behandlung von Patienten mit In-Stent-Restenosen ist.

Derzeit läuft eine andere Studie mit Betastrahlern, in der untersucht wird, ob eine primäre Bestrahlung der Gefäße direkt bei der Stent-Implantation von Nutzen ist. Das Risiko für In-Stent-Restenosen ist bekanntlich besonders groß, wenn lange Stents in die Gefäße gesetzt werden, und wenn es sich um kleine Gefäße handelt. (rf)