

Eine klärende Stellungnahme

Cholesterin größer als 200 mg/dl (5,16 mmol/l) grundsätzlich behandlungsbedürftig?

Sind Cholesterinwerte über 200 mg/dl grundsätzlich behandlungsbedürftig? Diese Frage wird in Laien- und Fachkreisen immer wieder diskutiert und sorgt für Verunsicherung. Sehr häufig findet man die Aussage, dass dieser Wert von interessierten Kreisen als Trennung zwischen gesund und krank künstlich niedrig gehalten wird, um damit eine größere Zahl von Patienten zu schaffen, die dann (medikamentös) behandelt werden sollen.

Diese häufig zu findende verfälschte Auslegung der **Bewertung von Cholesterinwerten** ist der DGFF deshalb ein wichtiger Anlass für die folgende klärende Stellungnahme:

Richtig ist, dass in einem beispiellosen Umfang durch Untersuchungen an verschiedensten Bevölkerungsgruppen und Altersstufen eine kontinuierliche Beziehung zwischen der Höhe der Cholesterinkonzentration im Blut und dem Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen, insbesondere für den Herzinfarkt festgestellt wurde. Ein Schwellenwert, unter dem beispielsweise kein Infarkt geschehen kann, existiert nicht.

Andererseits ist der Cholesterinwert bei der Ermittlung des individuellen Risikos ein Merkmal neben anderen Risikofaktoren und erst die Summe aller Befunde lässt eine eventuelle Behandlungsnotwendigkeit ableiten (Gesamtrisiko). Damit entfallen starre Grenzwerte, eine Cholesterinkonzentration über 200 mg/dl kann sowohl behandlungsbedürftig wie auch oft ohne prognostische Bedeutung sein.

Grundsätzlich entscheidet nicht der Wert des „Gesamtcholesterins“ über die Behandlungsbedürftigkeit. Weltweit besteht Einigkeit darüber, dass der entscheidende Faktor, der vom individuellen Risiko bestimmte **Zielwert für das LDL-Cholesterin** ist. Dieser Zielwert hängt ab von der Anzahl der anderen Risikofaktoren: je mehr Risikofaktoren, desto niedriger der Zielwert!

Die Ermittlung des Risikos ist daher Voraussetzung für die Empfehlung der Behandlungsintensität zum Erreichen der in Tab. 1 aufgeführten LDL-Cholesterin-Zielwerte.

LDL-Zielwerte in Abhängigkeit vom kardiovaskulärem Risiko

Tabelle 1
Primärprävention

Patienten	10-Jahres Risiko	Ziel	
0 – 1 Risikofaktor		< 160 mg/dl	< 4,1 mmol/l
2 oder mehr Risikofaktoren	< 10 % 10 – 20 %	< 130 mg/dl < 100 mg/dl	< 3,3 mmol/l < 2,6 mmol/l

Sekundärprävention

Stabile koronare Herzerkrankung, Diabetes ohne Ereignis		< 100 mg/dl; optional < 70 mg/dl	< 2,6 mmol/l optional < 1,8 mmol/l
Akutes Koronarsyndrom, koronare Herzerkrankung mit Diabetes		< 70 mg/dl	< 1,8 mmol/l

nach Grundy SM et al. Circulation 2004;110:227-239

Liegt neben der Hypercholesterinämie **kein oder ein zusätzlicher Risikofaktor** (Alter > 45 Jahre für Männer, Alter > 55 Jahre für Frauen, frühzeitige koronare Herzkrankheit bei Verwandten ersten Grades, Rauchen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, HDL-Cholesterin unter 40 mg/dl oder 1,0 mmol/l) vor, ist eine LDL-Cholesterinkonzentration unter **160 mg/dl** (4,2 mmol/l) wünschenswert.

Beim Vorliegen **mehrerer Risikofaktoren** und eines rechnerischen kardiovaskulären Risikos von für den Eintritt eines Herzinfarkts von < 10% über 10 Jahre, liegt der LDL-Zielwert unter **130 mg/dl** (3,4 mmol/l). Bei **besonders hohem Risiko** (rechnerisches Risiko für den Eintritt eines Herzinfarktes von 10 - 20% in 10 Jahren) kann sogar in der Primärprävention ein LDL-Zielwert unter **100 mg/dl** (2,6 mmol/l) sinnvoll sein.

[* lautet es in den Task Force Guidelines. In den EAS/ESC Guidelines entspricht das einer 10-Jahres-Mortalität nach SCORE von 10%.]

Hat der Patient bereits eine **koronare Herzkrankheit** oder **durchgemachten Herzinfarkt** oder **nicht-koronare Atherosklerose** (zerebrovaskuläre Durchblutungsstörungen, periphere arterielle Verschlusskrankheit, abdominelles Aortenaneurysma) ist eine LDL-Cholesterinkonzentration unter **100 mg/dl** (2,6 mmol/l) anzustreben. Wenn das koronare Risiko besonders hoch ist (z. B. bei gleichzeitigem Vorliegen eines Diabetes mellitus), liegt der Zielwert unter **70 mg/dl** (1,8 mmol/l)**. Dieser Zielwert ist praktisch nur medikamentös zu erreichen – in seltenen Fällen ist sogar eine LDL-Apherese erforderlich.

[** laut EAS/ESC Guidelines ein Zielwert von 80 mg/ dl (2,0 mmol/l)]

Besteht die Notwendigkeit zu therapeutischen Maßnahmen dann steht die Umstellung der Lebensweise, vor allem der Ernährung und erhöhte körperliche Aktivität an erster Stelle, reicht aber bei hohem Risiko, d. h. über 20% in 10 Jahren meist nicht aus.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass aus der Bestimmung des Gesamtcholesterins, abgesehen von familiär bedingten Störungen, noch keine Behandlungsindikation abgelesen werden kann.

Ein Gesamtcholesterinwert von > 200 mg/dl **muss** Anlass sein, die Konzentration von LDL-Cholesterin und HDL-Cholesterin zu bestimmen. Diese Ergebnisse, zusammen mit den anderen Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Rauchen, Diabetes, Hypertonie) sind Ausgangspunkt für die Bestimmung des Gesamtrisikos – je höher dieses ist, um so niedriger sind die Zielwerte für das LDL-Cholesterin.

Weitere Informationen sind erhältlich im Internet unter www.lipid-liga.de sowie über die Geschäftsstelle der DGFF:
DGFF (Lipid-Liga) e. V.
Waldklausenweg 20
81377 München

Telefon: 089 – 7191001
Telefax: 089 – 7142687
Email: info@lipid-liga.de
Internet: www.lipid-liga.de

München im Mai 2009