

41-Jährige mit gemischter Hyperlipidämie

Diabetes + hohe Fette = Zeitbombe fürs Herz

ACHIM WEIZEL, MÜNCHEN

Patient:

weiblich, 41 Jahre

Größe/Gewicht:

173 cm/84 kg

Blutdruck:

132/82 mmHg

Laborbefunde:

Gesamtcholesterin: 287 mg/dl
(7,40 mmol/l)
HDL-Cholesterin: 52 mg/dl
(1,34 mmol/l)
LDL-Cholesterin: 179 mg/dl
(4,61 mmol/l)
Triglyzeride: 278 mg/dl
(4,14 mmol/l)

Kardiovaskuläres Risikoprofil:

Diabetes mellitus, Raucherin, keine Fettstoffwechselfstörungen in der Familie

Aktuelle Medikation:

Keine

Diagnose:

Gemischte Hyperlipidämie bei Diabetes mellitus Typ 2

Wie ist diese Diagnose zu werten?

Die Lipidwerte der Patientin deuten auf eine gemischte Fettstoffwechselfstörung bei Typ-2-Diabetes hin, da sowohl die LDL-Cholesterin- als auch die Triglyzeridkonzentrationen im Blut mäßig erhöht sind. Eine familiäre kombinierte Hyperlipidämie lässt sich aufgrund der unauffälligen Familienanamnese ausschließen.

Das Vorliegen eines Diabetes mellitus stellt dabei für die Patientin einen besonders wichtigen Risikofaktor dar. Gemäß den Untersuchungen von Haffner et al. (N Engl J Med 1998;339(4):229-234) trägt ein symptomloser Diabetiker das gleiche Herzinfarkttrisiko wie ein Nicht-Diabetiker, der bereits einen Myokardin-

farkt erlitten hat. Aus diesem Grund sollten Diabetiker entsprechend den Leitlinien für Herzinfarktpatienten behandelt werden. Grundsätzlich ist bei Typ-2-Diabetikern als Therapieziel für die LDL-Cholesterinkonzentration im Blut ein Wert < 100 mg/dl (2,60 mmol/l) anzustreben. Liegt zusätzlich eine manifeste KHK vor, ist ein LDL-Cholesterin < 70 mg/dl (1,80 mmol/l) wünschenswert.

Welche therapeutischen Maßnahmen sind einzuleiten?

Rauchstopp: Rauchen vermindert das HDL-Cholesterin, die Triglyzeride steigen hingegen. Bei starken Rauchern kann es sogar zu einer deutlichen Erhöhung des LDL-Cholesterins kommen. Rauchen ist einer der Hauptrisikofaktoren für eine KHK. Tabakabstinz führt zu einer deutlichen Risikoreduktion.

Reduktion von Übergewicht: Der Body-Mass-Index (BMI) der Patientin beträgt 28 kg/m²; sie ist somit leicht übergewichtig. Die typische Fettstoffwechselfstörung bei Übergewicht ist die Hypertriglyzeridämie; das HDL-Cholesterin ist erniedrigt. Gewichtsreduktion führt zu einer Abnahme der Triglyzeride und in der Regel zu einem HDL-Anstieg.

Um Übergewicht abzubauen, sollte die Ernährung kalorienreduziert und fettarm sein (vor allem weniger tierische Fette). Mit Blick auf die erhöhte Triglyzeridkonzentration ist auf Alkohol möglichst ganz zu verzichten. Zusätzlich sollten Omega-3-Fettsäuren aufgenommen werden, z. B. durch Verzehr und 2-3 Fischmahlzeiten pro Woche. Empfehlenswert ist zudem eine Steigerung der körperlichen Aktivität.

Im Hinblick auf das leichte Übergewicht ist der Bauchumfang zu bestimmen. Bei Frauen sollte dieser maximal 88 cm betragen. Epidemiologische Studien ergaben, dass sowohl übergewichtige Männer als auch Frauen mit vorwiegend im

Bauchbereich verteiltem Fettgewebe (androide Fettverteilung) ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen als jene, deren Fettgewebe vorwiegend im Hüftbereich sitzt (gynoider Fettverteilung). Interessanterweise war das Risiko bei androider Fettverteilung nicht nur bei übergewichtigen, sondern auch bei normalgewichtigen Personen erhöht.

Medikamentöse Therapie: Werden die angegebenen Zielwerte allein durch die Änderung des Lebensstils nicht erreicht, ist zusätzlich eine medikamentöse Therapie erforderlich. Im Vordergrund steht die Normalisierung des LDL-Cholesterins durch Gabe von Statinen. Bei progredientem Krankheitsverlauf ist zudem die Therapie der erhöhten Triglyzeride zu erwägen. Hierfür kommen Omega-3-Fettsäure-Konzentrate in Kapselform und Fibrate in Frage. Unter Fibrat-Therapie steigt in der Regel auch das HDL-Cholesterin an. Eine evidenzbasierte Basis für diese Therapie gibt es aber nicht.

Welche Kontrollen sind sinnvoll?

Aufgrund des hohen kardiovaskulären Risikos der Patientin sollte bei stabiler Einstellung das Lipidprofil alle sechs Monate kontrolliert werden.



Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Achim Weizel
Internist – Gastroenterologe
1. Vorsitzender der DGFF
Waldklausenweg 20
81377 München
E-Mail: info@lipid-liga.de