

Diskussion in den Medien

# Wo liegt die kritische Cholesterin-Untergrenze?



**Frage:** *Ausgehend von dem kritischen Beitrag des Kollegen Em. Prof. Dr. Erdmann vor ca. zwei Jahren im Spiegel im Zuge der Cholesterindiskussion, dass Cholesterin nicht nur verteufelt werden darf, sondern essentiell für Lipoproteinmembranen ist und sogar diskutiert wird, ob ein niedriger Cholesterinspiegel nicht auch mit einem häufigeren Auftreten einer senilen Demenz vergesellschaftet ist, bin ich an der aktuellen diesbezüglichen Diskussion interessiert: 1. Gibt es einen zu niedrigen Cholesterinspiegel? 2. Sollte man uneingeschränkt bei allen KHK-Patienten einen möglichst niedrigen Cholesterinspiegel einfordern bzw. versuchen, diesen zu erreichen? 3. Wenn man bei Hochrisiko-Patienten im Zuge der allgemeinen Cholesterinsenkung eine NNT von ca. 40 hat, wie verändert sich diese im Hinblick auf eine forcierte Cholesterinsenkung?*

**Experte Prof. Dr. Ulrich Laufs, Homburg/Saar:** Zu Punkt 1: Bis zu dem Bereich eines LDL-C um 50 mg/dl liegen Daten aus Subgruppen der Statin-Studien, epidemiologische Daten, Daten aus der Entwicklungsbiologie und von vegetarischen Populationen vor, die übereinstimmend keine negativen Effekte zeigen. Aufgrund

der Bedeutung von Cholesterin für den zellulären Stoffwechsel (z. B. Membranen, Steroid-Synthese) stellt sich die Frage nach möglichen Effekten bei extrem niedrigen Cholesterinserumkonzentrationen. Diese Frage wird durch die laufenden Studienprogramme der PCSK9-Inhibitoren adressiert. Zu Punkt 2: Alle Patienten mit KHK

profitieren von einer LDL-C-Senkung durch Statine. Auf der Basis der Evidenz aus randomisierten Studien empfehlen die Leitlinien für Patienten mit stabiler KHK eine Senkung des LDL-C <100 mg/dl und für KHK Patienten mit hohem Risiko oder Progress ein LDL-C < 70 mg/dl (oder um mindestens 50% des Ausgangswertes). Zu Punkt 3: Die absolute Risikoreduktion errechnet sich aus drei Faktoren: dem individuellen Risiko des Patienten, der Höhe des Ausgangs-Cholesterin und dem Ausmaß der Cholesterin-Senkung. Entsprechend steigt die NNT für eine additive LDL-C-Senkung bei Patienten, die bereits mit einem Statin vorbehandelt sind.

Expertenrat Kardiologische Pharmakologie,  
www.springermedizin.de

Patient mit heißer Vorgeschichte

# Wie kläre ich eine Hyperthermie ab?



**Frage:** *Bei meinem Patienten wurde vor vielen Jahren perioperativ der Verdacht auf Hyperthermie geäußert. Dies wurde aber nicht dokumentiert. Ist eine Testung möglich?*

**Experte PD Dr. Hans-Jörg Busch, Freiburg:** Die maligne Hyperthermie (MH) ist eine sehr seltene, lebensbedrohliche Komplikation, meist einer Narkose. Durch die Verabreichung von auslösenden Triggersubstanzen wird bei entsprechender genetischer Veranlagung eine Stoffwechselentgleisung in der Muskulatur verursacht.

Die Veranlagung zur MH ist erblich und wird von Generation zu Generation autosomal dominant weitergegeben. Bei Verdacht auf eine Veranlagung zur malignen Hyperthermie stehen der In-vit-

ro-Kontrakturtest sowie molekularbiologische Verfahren zur Verfügung, um diese abzuklären. Dazu ist zunächst eine Biopsie nötig: Dem Patienten wird dabei Muskelgewebe von der Außenseite des Oberschenkels in örtlicher Betäubung entnommen und dieses unter standardisierten Bedingungen den beiden Triggersubstanzen Halothan und Koffein ausgesetzt. Auch ist eine Narkose ohne Triggersubstanzen möglich.

Weitere Informationen gibt es z. B. unter <http://www.emhg.org> oder an der Uniklinik Mainz (Beratung, In-vitro-Kontrakturtest, genetische MH-Diagnostik; E-Mail-Kontakt: [maligne-hyperthermie@anaesthesie.klinik.uni-mainz.de](mailto:maligne-hyperthermie@anaesthesie.klinik.uni-mainz.de)).

Expertenrat Notfallmedizin,  
www.springermedizin.de

Therapieoptionen bei PBC

# Kopfschmerz durch Gallensäuren?

**Frage:** *Eine 47-jährige Patientin mit der Erstdiagnose Primär biliäre Zirrhose (PBC) klagt unter der eingeleiteten UDC-Therapie (1200 mg/die) über starke Migräne, Oberbauchschmerzen und Sodbrennen. Die Migräne tritt möglicherweise als Interaktion mit einem Hormonpräparat auf, unter welchem eine früher bestehende Migräne verschwunden war. Gibt es eine Alternative?*

**Experte Dr. Martin Held, München:** Es gibt leider keine Alternative zu den Gallensäuren, die ja lediglich den Gallenfluss verbessern. Sie könnten versuchen, ob sich unter Dosisreduktion (800 mg) die Symptome bessern und die Leberwerte beobachten. Typische NW sind eigentlich Durchfall und selten Oberbauchschmerzen. Ich glaube nicht, dass unter der UDC-Therapie Migräne auftritt oder auch Sodbrennen, möglicherweise ist dies hormonell bedingt.

Expertenrat Gastroenterologie, www.springermedizin.de