

Abschließende Betrachtung zur Cholesterin-Diskussion

mit Prof. *Roland Scholz*,
UMWELT & GESUNDHEIT 18
2 (2007)

von Prof. *Walter Schunack*

Nein, Cholesterin bedroht unser Leben nicht. Was uns jedoch bedroht, ist eine hohe Konzentration von LDL-Cholesterin sowie eine niedrige Konzentration von HDL-Cholesterin im Blut, die beide die Arteriosklerose massiv fördern und für die in Deutschland erschreckende Zahl von Herzinfarkten vorrangig verantwortlich sind. Diese wissenschaftlich gesicherten Zusammenhänge stehen nicht im Gegensatz zum Anstieg der Lebenserwartung, denn dafür sind bessere Ernährung, bessere Hygiene, hochwirksame Antibiotika etc. hauptsächlich verantwortlich.

„Es sind die Fachgesellschaften, die sich einem Thema verschrieben haben, deren Vertreter sich durch gegenseitiges Zitieren im Wahrheitsgehalt ihrer Hypothesen bestärken und bei deren Studien meist die Pharma- und Nahrungsmittelindustrie hilfreich im Hintergrund steht“, meint Herr Kollege *Scholz*. Nicht gerade sehr nett, da ich mich bisher als unabhängiger Wissenschaftler gefühlt habe. Und die unzähligen Ärzte, die aufgrund der wissenschaftlich eindeutigen Studienlage weltweit Millionen von Patienten mit Statinen behandeln, um sie vor Herzinfarkt, Schlaganfall, Verschlusskrankheiten etc. zu bewahren – sie sollen alle von der Pharmaindustrie bestochen sein?

Es seien nur epidemiologische Studien, auf die ich mich in meiner Entgegnung berufen hätte. Nein Herr Kollege, nur bei der Framingham- und PROCAM-Studie handelt es sich um epidemiologische Studien, alle anderen von mir aufgeführten Studien (4S, LIPID, WOSCOPS, AFCAPS, HPS etc.) sind allermodernste Studien, die doppel-blind, randomisiert und plazebokontrolliert durchgeführt und entsprechend A-klassifiziert wurden. Sozusagen das Feinste vom Feinen.

Ob nun auch „Kinder der Cholesterin-Hysterie verfallen“ sollen, fragen Sie. Zumindest bei Kindern aus Familien mit Herzinfarkt-Anamnese sollten LDL und HDL-Werte bekannt sein. Nur so kann verhindert werden, dass homozygot erkrankte Kinder mit 20 Jahren ihren ersten Infarkt bekommen und heterozygot Erkrankte mit 40 Jahren. Wenn man den

homozygoten Kindern, die sehr hohe LDL-Werte haben, das LDL-Cholesterin durch Lipid-Apherese entzieht, sind sie vor Infarkten geschützt. Ist das nicht ein sehr schöner Beleg für den Zusammenhang von LDL und Herzinfarkt?

„Der Lipobay-Skandal gibt mir Recht“, sagen Sie. Leider trifft auch das nicht zu. Das in Lipobay enthaltene Cerivastatin unterschied sich nämlich von anderen Statinen dadurch, dass es sich im menschlichen Körper nicht ganz dominierend in die Leber, sondern auch in die quergestreifte Muskulatur verteilte, weshalb es zu den Myopathien/ Rhabdomyolysen kam. Es handelt sich somit um eine physikalisch-chemische Besonderheit des Cerivastatins. Daher hat das BfArM auch nur Cerivastatin und nicht die anderen Statine vom Markt genommen.

Vielleicht sind die Statine bei „Herzkranken“ mehr als nur eine Plazebo-Medikation. Richtig, denn in der nicht-epidemiologischen 4S-Studie, der Meilensteinstudie überhaupt, konnte die kardiale Mortalität um 42 % gesenkt werden!

„Es würde mir aber leichter fallen, den angeblich positiven Ergebnissen von Studien bei Herzkranken zu glauben, wenn hinter denen nicht auch die Pharmaindustrie stünde“, führen Sie aus. Um derartige Anwürfe zu entkräften, wurde die von mir zitierte HPS-Studie von einer special trial-unit der Oxford-University durchgeführt und ausgewertet. Die Pharmaindustrie hatte keinerlei Zugang. Auch dieses Ergebnis war eindeutig, die tödlichen und nicht-tödlichen Herzinfarkte wurden um 24 % gesenkt.

Der messbare Nutzen der Statin-Therapie ist umso größer, je höher das kardiale Risiko des Patienten ist. Kardiale Risikopatienten durch Bestimmung von LDL- und HDL-Werten zu erkennen und sie einer medikamentösen Therapie zuzuführen, ist von außerordentlichem volkswirtschaftlichen Nutzen. Statine sind zwar auch zur Vermeidung von Schlaganfällen von Nutzen, bei diesem Krankheitsbild ist jedoch der hohe Blutdruck der Risikofaktor Nummer 1.

Wie meistens in der Wissenschaft schützt eine unvoreingenommene differenzierte Betrachtung vor falschen Schlüssen.

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Dr. h.c.
Walter Schunack, Berlin

Forschung aktuell

Absenkung der Cholesterinwerte erhöht Krebsrisiko

Weniger LDL nicht so gesund wie angenommen

Patienten, die ihre Cholesterinwerte mit Statinen deutlich senken, könnten dadurch ihr Krebsrisiko erhöhen. Zu diesem Ergebnis ist eine Studie der Tufts University School of Medicine gekommen, für die die Daten von 40.000 Personen ausgewertet wurden. Teilnehmer mit geringen Mengen des „bösen“ LDL-Cholesterins wiesen eine Krebserkrankung pro Tausend mehr auf als jene mit höheren Werten. Laut dem Team um *Richard Karas* ist jedoch nicht klar, ob es sich um eine Nebenwirkung der Statine handelt oder auf die niedrigen Cholesterinwerte zurückzuführen ist. Die Forscher schreiben im Journal of the American College of Cardiology, dass die Vorteile der Statine mögliche Risiken aufwiegen.

Karas betont, dass diese Ergebnisse nicht bedeuteten, dass Statine das Krebsrisiko erhöhten. „Die bewiesenen Vorteile der Statine in der Reduzierung des Risikos einer Herzerkrankung sind unbestritten.“ Bestimmte Aspekte der Absenkung des LDL mit Statinen blieben jedoch kontrovers und erforderten eine weitere Untersuchung.

Die Wissenschaftler analysierten 13 Studien zur Einnahme von Statinen. Insgesamt handelte es sich um die Daten von 41.173 Patienten. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen geringen, mittleren und hohen Statindosierungen und der Anzahl der neu diagnostizierten Krebserkrankungen. Höhere Erkrankungszahlen wurden in jener Gruppe ermittelt, die über geringere LDL-Werte verfügte. Diese Ergebnisse seien laut BBC vor allem jetzt von Bedeutung. Immer mehr Studien wiesen darauf hin, dass die Reduzierung der LDL-Werte für den kardiovaskulären Bereich große Vorteile bringen kann.

Quelle: pte-Presseninfo vom 24. Juli 2007

Alsheikh-Ali AA, Maddukuri PV, Han H, Karas RH: Effect of the magnitude of lipid lowering on risk of elevated liver enzymes, rhabdomyolysis, and cancer: insights from large randomized statin trials. J Am Coll Cardiol 50 5 (2007) 409-18