DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 35, S. 24a; Ausgabe 03 / 2001

Haben Lipidsenker eine antiarrhythmische Wirkung?

Dieser Frage ging eine belgische Arbeitsgruppe nach, der aufgefallen war, daß in den großen Studien zur Sekundärprävention der Koronaren Herzkrankheit (KHK) in den Lipidsenker-Gruppen weniger plötzliche Herztodesfälle aufgetreten waren (De Sutter, J., et al.: J. Am. Coll. Cardiol. 2000, **36**, 766).

Sie verfolgten in ihrer Kohortenstudie etwa 15 Monate lang 78 konsekutive KHK-Patienten, die einen implantierbaren Kardioverter/Defibrillator (ICD) wegen einer primären tachykarden Herzrhythmusstörung implantiert bekamen: 70% wegen einer hämodynamisch instabilen, monomorphen Kammertachykardie, 26% wegen einer überlebten Situation eines Plötzlichen Herztodes und 4% wegen einer Synkope und auslösbarer Kammertachykardie. Von diesen 78 Patienten erhielten 27 einen Lipidsenker (etwa 50% einen Cholesterinsynthese-Hemmer oder ein Fibrat) und 51 erhielten keine lipidsenkende Therapie. Die Entscheidung, ob ein Lipidsenker gegeben wurde, lag beim behandelnden Arzt und war mehr oder weniger zufällig. So ist es auch zu erklären, daß die Ausgangswerte der Serumlipide in der Lipidsenker-Kohorte eher etwas niedriger waren als in der unbehandelten Gruppe (Gesamt-Cholesterin 192 mg/dl vs. 215 mg/dl, LDL-Cholesterin 122 mg/dl vs. 132 mg/dl).

Ergebnisse: In den folgenden Monaten traten in der Lipidsenker-Gruppe signifikant weniger tachyarrhythmische Ereignisse auf (ICD-Therapie: 22% vs. 57%); auch Krankenhausaufnahmen waren seltener (8% vs. 29%). In einer multivariaten Analyse, in die klinische und therapeutische Variable eingingen, wurden als unabhängiges Risiko für ein tachyarrhythmisches Ereignis nur der Nicht-Gebrauch von Lipidsenkern und die initiale monomorphe Kammertachykardie errechnet.

Die Studie hat viele Schwächen. Ein kritischer Punkt ist z.B. die häufigere Verordnung von Betarezeptoren-Blockern in der Lipidsenker-Gruppe (63% vs. 45%). Allein dieser Unterschied läßt die Aussage der Autoren, die Lipidsenker seien wohl der wesentliche Grund für die selteneren tachyarrhythmischen Ereignisse als Spekulation erscheinen. Trotzdem ist die Idee sehr interessant, zumal es möglich ist, daß eine Stabilisierung der atherosklerotischen Plaques auch zu weniger ischämisch getriggerten Arrhythmien führen könnte. Zu dieser Frage sollten unbedingt prospektive, randomisierte Studien durchgeführt werden.

Fazit: Es gibt Vermutungen, daß bei Patienten mit KHK und primären ventrikulären Tachyarrhythmien eine lipidsenkende Therapie Arrhythmien vermindern könnte.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.