

## **Die Bedeutung des Quotienten LDL-C / HDL-C für die Beurteilung des kardiovaskulären Risikos**

In den jüngeren Studien zur Risikobeurteilung bei Herz-Kreislaufkrankheiten wird zunehmend auf die Bedeutung der beiden Cholesterin-Fraktionen (HDL- und LDL-Cholesterin) hingewiesen. Liegt der Quotient LDL/HDL um 3,0, steigt das koronare Risiko bereits signifikant an. Die Bestimmung des Gesamt-Cholesterins, das zur Routine-Kontrolle des Lipidstoffwechsels immer herangezogen wird, scheint für die Risikobeurteilung der Herz-Kreislaufkrankheiten dagegen an Wert zu verlieren.

Die zentrale Schlussfolgerung der PROCAM-Studie lautet, bei der Lipidsenkung auf die gleichzeitige Beeinflussung der "Lipid-Trias", also *LDL, HDL und Triglyzeride*, zu achten. In einem weiteren Fall (AFCAPS-Studie) wurden Probanden untersucht, bei denen Gesamt- und LDL-Cholesterin nur marginal erhöht, das HDL-Cholesterin jedoch erniedrigt war (< 1,16 mmol/l). Durch die Behandlung mit einem Statin über mehrere Jahre konnte eine Senkung des LDL-Cholesterins um 25 % bei gleichzeitiger Erhöhung des HDL-Cholesterins um 6 % und eine Abnahme des Risikos eines größeren koronaren Infarkts um 37 % erreicht werden.

**Bei Personen ohne manifeste koronare Herzkrankheit ist gemäß aktueller Leitlinie eine medikamentöse Senkung des Cholesterinspiegels nur bei weiteren Risikofaktoren u. nach Ausschöpfung aller nicht-medikamentösen Maßnahmen sinnvoll. Ziel ist die Absenkung des LDL-Cholesterinspiegels im Plasma auf unter 4 mmol/l, bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren auf 3,4 bzw. 2,6 mmol/l  
Sekundäre Ziele sind ein HDL-Cholesterin-Spiegel auf über 1mmol/l und ein Triglyzeridspiegel auf unter 2,3 mmol/l**

Natürlich stellt die Laborkontrolle der Blutfette ein wichtiges Werkzeug für die Festlegung der Therapie und die Verlaufskontrolle dar. Für die Bestimmung der Cholesterin-Fraktionen stehen heute zeitgemäße Laborverfahren zur Verfügung, die die Nachteile der klassischen Fällungsverfahren beseitigen und zu besser reproduzierbaren Ergebnissen führen. Die neuen, sogenannten "direkten" Methoden haben weniger Interferenzen und sind leichter automatisierbar.

In unserem Labor werden die neuen Verfahren zur HDL- und LDL-Cholesterin-Bestimmung seit langem eingesetzt. Damit sollte Ihnen eine objektivere Beurteilung des Lipid-Status Ihrer Patienten möglich sein, als mit der Rechenformel.

### **Tip zur Abrechnung:**

**Bitte vermerken Sie auf dem Behandlungsschein bei Anforderung des Fett-Profiles jetzt auch die Ziffer für LDL-Cholesterin (EBM-Nr. 32062), bisher Rechengröße.**

|                       | <b>HDL-C</b>             | <b>LDL-C</b>           | <b>LDL/HDL</b>  |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| <b>Referenzwerte:</b> | <b>&gt;= 1,55 mmol/l</b> | <b>&lt; 4,0 mmol/l</b> | <b>&lt; 2,6</b> |
| <b>hohes Risiko:</b>  | <b>&lt; 0,9 mmol/l</b>   | <b>&gt; 4,9 mmol/l</b> | <b>&gt; 5,4</b> |