

## Hyperlipidämie unter PD – Ignorieren oder behandeln ?

Christoph Wanner, Würzburg

Es ist unwahrscheinlich, dass eine 4D - Studie, wie für Hämodialyse Typ 2 - Diabetiker durchgeführt wurde (1), mit einer evtl. noch größeren Fallzahl PD - Patienten durchgeführt wird. In der SHARP Studie (Simvastatin/Ezetrol® versus Plazebo) werden ca. 500 PD - Patienten untersucht, die aber nicht ausreichen die gestellte Frage zu beantworten.

Deshalb wird man sich der Beantwortung durch Analyse von Beobachtungsstudien und mit Abwägung des Risikos, das durch die jeweilige Schwere der Dyslipidämie entsteht, sowie dessen mögliche Risikoreduktion nach Statintherapie nähern.

Just im Novemberheft des AJKD (2) erschien der bislang umfangreichste Artikel (respektive Patientenzahlen), der die Assoziation von Statin- versus Nicht-Statingebrauch (26% Risikoreduktion für Tod und 33% RR für kardiovaskulären Tod) bei 1053 inzidenten PD Patienten beschreibt. Subgruppenanalysen bei hohen Cholesterinspiegeln beschreiben einen noch höheren Effekt, bis zu 73% RR. Dieser Befund ist sicherlich interessant kann aber wegen seines beobachtenden Charakters (keine Randomisierung), des Confounding (zugrunde liegende Störfaktoren) und des Bias (systematischer Fehler; z.B. Selektion) nicht als allzu hoch eingestuft werden.

Man könnte sich allerdings der Beantwortung der Frage auch nähern mit der Betrachtung der Todesursachen der PD - Patienten. Es ist relativ gut gesichert (3), dass eine Reduktion von 36 mg/dl Cholesterin (1 mmol/l) zu einer Reduktion der KHK - Mortalität führt. Die Frage besteht, wie groß der Anteil des MI an den Todesfällen bei PD - Patienten ist. Würde der PD - Patient an sog. „competing events“, also konkurrierenden Ereignissen versterben, d.h. nicht im Übermaß an KHK, dann würde eine Statintherapie keinen allzu großen Wert aufweisen. Die Analyse der Todesursachen wird demonstriert.

Die von der Hierarchie untersten Ebene der Antwort wäre mit der Atherogenität des Lipidprofils und der Wirkung der Lipidsenker zu geben. Das Lipidprofil ist wahrscheinlich das am atherogensten im Vergleich zu HD - Patienten oder CKD - Patienten in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung. Wenn wir wollen können wir nahezu jede Form der Dyslipidämie effektiv behandeln (Statin, Ezetimibe und Sevelamer). Ob es Sinn macht wird gegenwärtig weiterhin heftig gestritten bzw. diskutiert. Eine Lösung wird angeboten.

### Literatur

- 1) Wanner C, Krane V, März W, Olschewski M, Mann JFE, Ruf G, Ritz E. German Diabetes and Dialysis Study Investigators. Atorvastatin in patients with type 2 diabetes mellitus undergoing hemodialysis. *New Engl J Med* 2005;353:238-248
- 2) Goldfarb-Rumyantzev AS, Habib AN, Baird BC, Barenbaum LL, Cheung AK. The association of lipid-modifying medications with mortality in patients on long-term peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2007;50:791-802
- 3) Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, Kirby A, Sourjina T, Peto R, Collins R, Simes R. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators: Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366:1267-1278