

Sollen Erkrankungen, die das Arterioskleroserisiko erhöhen, aber akut keinerlei Beschwerden machen, im Alter noch behandelt werden? Diese Frage, die primär die Dyslipoproteinämien sowie den Bluthochdruck betrifft, stand im Mittelpunkt des Lindauer Lipidforums, das vom Pharmaunternehmen Knoll am 26. Oktober 1991 zum vierten Mal veranstaltet wurde.

Auf keinen Fall sei therapeutischer Nihilismus am Platz, so die Experten übereinstimmend. Bis eine lipid-senkende Therapie Früchte trägt, dauert es zwei bis drei Jahre, so daß bei einer Behandlung im Alter angesichts der erhöhten Lebenserwartung durchaus Erfolge zu erzielen sein dürften.

Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Berlin, betonte: Wichtig bei der Ent-

## Stellenwert der Dyslipoproteinämie im höheren Alter

scheidung, ob und wie ein älterer Patient mit Dyslipoproteinämie therapiert werden soll, ist dessen aktueller Gefäßstatus. Hat sich bereits eine Gefäßerkrankung manifestiert, ist bezüglich der Lipide eine strenge Intervention angezeigt, um einer weiteren Progression entgegenzuwirken und eventuell eine Regression zu erzielen. Es hat sich gezeigt, daß eine Regression arteriosklerotischer Gefäßveränderungen allenfalls gelingt, wenn das LDL-Cholesterin unter 100 mg/dl gesenkt wird. Beim gefäßgesunden älteren Patienten mit Hyperlipidämie werden dagegen die Richtwerte nach oben korrigiert, erklärte Frau Steinhagen-Thiessen.

Prof. Dr. med. Hannes Stähelin, Basel, untermauerte dieses Vorgehen mit dem Befund, daß die atherogene Potenz eines erhöhten Cholesterins bei vorgeschädigten Gefäßen noch um den Faktor vier erhöht ist gegenüber der Situation bei „sauberen“ Gefäßen. In die gleiche Richtung geht auch die Beobachtung, daß Bypässe sich bei hohen Serumlipiden schneller verschließen.

Neben dem Gefäßstatus sind bei der Therapieentscheidung laut Prof. Steinhagen-Thiessen Alter und Lebenserwartung des Patienten, das vaskuläre Gesamtrisiko sowie die Familienanamnese zu berücksichtigen. Weiterhin müsse auch geprüft werden,

ob die zu verordnende Therapie langfristig praktikabel erscheint. Frau Steinhagen-Thiessen führt daher bei ihren eigenen älteren Patienten mit Dyslipoproteinämien nur in knapp zehn Prozent der Fälle eine medikamentöse Therapie durch.

Die Experten unterstrichen in Lindau, daß auch bei älteren Patienten – eine engagierte Patientenführung vorausgesetzt – in etwa einem Drittel der Fälle das Therapieziel mittels Diät zu erreichen ist.

Als lipidsenkende Medikamente der Wahl beim älteren Patienten nannten die Experten CSE-Hemmer bei alleinigem LDL-Anstieg und Fibrate bei kombinierten Fettstoffwechsel-Störungen. Ionenaustauschharze werden wegen zu erwartender Obstipation bei älteren Patienten zurückhaltend angewendet. vi



Meine Empfehlung,  
Herr Kollege:

# Adamed

praxiscomputer

Die anwenderfreundliche  
EDV-Komplettlösung für  
Arztpraxen.

- ca. 600 installierte Systeme  
(seit 1983 permanent in der Hitliste der Top-Ten)
- keinerlei EDV-Kenntnisse erforderlich
- kostengünstige, individuelle Ein- oder Mehrplatzlösung
- schnelle Integration in die Arztpraxis  
ohne Störung des Betriebsablaufes

Fordern Sie unseren ausführlichen Produktkatalog an.

TAPESER INFORMATIK GMBH

Eichenweg 8 · 5840 Schwerte · Tel (0 23 04) 69 51 · Fax (0 23 04) 6 80 53

## Thromboembolie-Prophylaxe mit niedermolekularem Heparin

Im Vergleich zu unfraktioniertem Heparin weisen niedermolekulare Heparinfraktionen ein anderes pharmakologisches Profil auf. Sie besitzen eine längere Halbwertszeit, eine höhere Bioverfügbarkeit sowie eine deutlich herabgesetzte Hemmung von Thrombin, während ihre Anti-Faktor-10a-Aktivität im Verhältnis zur Thrombinhemmung stärker ausgeprägt ist.

Untersuchungen haben gezeigt, daß durch den Einsatz niedermolekularer Heparine das Risiko von tiefen Beinvenenthrombosen in der Allgemeinchirurgie um 70 Prozent und im Hochrisikobereich (Hüftgelenksoperationen) um 40 Prozent gesenkt werden kann.

Wie Professor Dr. J. Harenberg von der I. Medizinischen Klinik des Klinikums Mannheim auf einem vom Unternehmen Sanofi Pharma unterstützten Symposium „Gegenwart und Zukunft der Thromboembolieprophylaxe

mit niedermolekularem Heparin“ Ende September 1991 in Köln berichtete, werde nach subkutaner Applikation von niedermolekularem Heparin eine deutlich stärkere Hemmung auf die Faktor-10-Aktivität ausgeübt als mit unfraktioniertem Heparin bei einer Dosierung von jeweils 7 500 E. 24 Stunden nach einer Injektion sei immer noch eine geringer verlängerte Gerinnungszeit im Faktor-10-Test nachweisbar. Die Halbwertszeit von niedermolekularem Heparin ist zweifach länger als die von unfraktioniertem Heparin.

Niedermolekulare Heparine haben, so hieß es beim Symposium in Köln, ihren breiten Einsatz in der postoperativen Medizin erhalten. Auf dem Gebiet der Inneren Medizin bei Patienten mit Blutungskomplikationen oder Kontraindikationen für orale Antikoagulanzen liegen inzwischen Erfahrungen vor.

In einer von der Mannheimer Klinik initiierten offe-

nen randomisierten Studie wurden 75 Patienten im Alter von 60 bis 90 Jahren mit chronischem nichtrheumatischem Vorhofflimmern mit dem niedermolekularen Heparin Fraxiparin® einmal täglich 36 Milligramm subkutan behandelt und mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe verglichen. Im Verlauf der über sechs Monate dauernden Thromboseprophylaxe haben drei von 35 heparinierten Patienten eine periphere Embolie erlitten, während in der Kontrollgruppe bei acht Patienten periphere Embolien auftraten. Die Mortalitätsrate war in der Fraxiparin®-Gruppe mit 5 von 35 Patienten deutlich geringer als in der unbehandelten Kontrollgruppe, in der

von 45 Patienten 12 verstarben.

Diese Ergebnisse rechtfertigen nach Ansicht des Referenten den Einsatz niedermolekularer Heparine auch im ambulanten Bereich, vor allem, wenn orale Antikoagulantien kontraindiziert sind. Weitere Indikationen für den Einsatz niedermolekularer Heparine im ambulanten Bereich sind Bettlägerigkeit mit verzögerter Rekonvaleszenz sowie Tumorleiden.

Die höchste Venenthrombosen-Häufigkeit findet sich ohne Heparin-Prophylaxe mit 57,3 Prozent in der orthopädischen Chirurgie beim Hüftgelenkersatz. Durch konsequente Low-dose-Heparin-Prophylaxe wird das Risiko um etwa vierzig Prozent ge-

senkt, wie Prof. Dr. med. H.-G. Breyer, Berlin, berichtete. Obwohl für die meisten niedermolekularen Heparine noch keine ausreichenden Daten vorliegen und sich aus mehreren klinischen Studien eine Verminderung der tiefen Beinvenenthrombosen bei Hochrisiko-Patienten nur um wenige Prozent gegenüber dem herkömmlichen Heparin abzeichnet, scheint ein wesentlicher Aspekt jedoch in einer Verminderung der proximalen Beinvenenthrombosen zu liegen. Eine auf das Körpergewicht bezogene individuelle Dosierung kann nach Ansicht von Prof. Breyer möglicherweise die Thromboserate durch niedermolekulare Heparine weiter senken. I. Hoffmann

**N**ach wie vor wird der Diabetes mellitus hinsichtlich Morbidität und Mortalität unterschätzt, was nicht so sehr den Typ I, um so mehr aber den Typ II betrifft. Dies betonten die Experten übereinstimmend beim 10. Internationalen Medizinischen Fachpresseseminar, welches das Pharmaunternehmen Bayer Anfang November 1991 in London veranstaltete.

Bei diesem Seminar wurde rekapituliert: Der Diabetes ist Hauptursache sowohl für die chronische Niereninsuffizienz als auch für Erblindungen im Erwachsenenalter. Herz- und Hirninfarkte treten bei Diabetikern (geschlechtsabhängig) bis zu sechsmal häufiger auf als bei Nicht-Diabetikern, und schließlich gehen mehr als die Hälfte aller nicht traumatischen Unterschenkelamputationen auf das Konto des Diabetes.

Das stärkste Argument für den Zusammenhang zwischen Hyperglykämie und Mikroangiopathie stammt immer noch aus den klassischen tierexperimentellen Untersuchungen von Engerman, mit denen eine hohe präventive Potenz der guten gegenüber einer schlechten Blutzuckerkon-

## Prävention der diabetischen Angiopathien

### Syndrom X: Therapie der Hyperglykämie reicht nicht aus

trolle dokumentiert wird. In einer neueren Studie konnte dieselbe Arbeitsgruppe zeigen, daß bezüglich der Mikroangiopathien offenbar ein „point of no return“ existiert. Das heißt, offenbar ist besonders in den ersten Jahren der Krankheit die optimale Blutzuckereinstellung entscheidend.

Frühzeitig an die Komplikationen denken und ihnen entgegenwirken – dies gilt besonders auch für die Makroangiopathie des Typ-II-Diabetikers, seit durch inzwischen mehrere Untersuchungen belegt ist, daß bei einem Großteil der Betroffenen bereits bei der Diabetesmanifestation eine ausgeprägte Arteriosklerose der größeren Gefäße vorhanden ist.

Wie Prof. Harold Lebovitz, New York, in London erläuterte, ist hierfür nach heutigem Verständnis das Syndrom X oder metabolische Syndrom verantwortlich, welches folgende Komponenten besitzt: Insulinresistenz und Hyperinsulinämie, Hy-

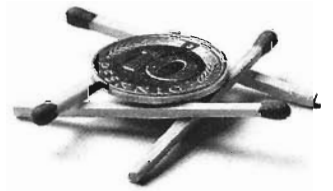
pertonie, Hyperlipidämie und Hyperglykämie, wobei sich der eigentliche Diabetes erst als letzte dieser Störungen manifestiert.

Genauso wichtig wie auch die Blutzuckereinstellung ist beim Typ-II-Diabetiker beziehungsweise beim Syndrom-X-Patienten daher die Hypertonietherapie, so Lebovitz. Prof. Hans Uwe Janka, Bremen, verwies in diesem Zusammenhang auf eine neue Studie, derzufolge Patienten mit isolierter systolischer Hypertonie – typisch für den älteren Typ-II-Diabetiker – nachweislich von einer antihypertensiven Therapie profitieren.

Die effektivste Maßnahme beim Syndrom X ist die Gewichtsreduktion, mit der im Idealfall Hyperglykämie, Hyperlipidämie und Hypertonie auf einen Schlag beseitigt werden können. Sei zusätzlich eine medikamentöse blutzucker-senkende Therapie erforderlich, plädierten die Experten in London für den Einsatz eines Medika-



können Sie sein, wenn Sie zum Magnesium-Diasporal® Rätsel\* folgende Lösung gefunden haben:



Hätten Sie gedacht, daß die Lösung so 1-fach ist?

HOCHerfreut werden auch Ihre Patienten sein, wenn Sie Ihnen die Magnesium-Therapie mit Magnesium-Diasporal® N 300 Granulat *möglichst einfach* machen. Denn Magnesium-Diasporal® N 300 Granulat ist genau so HOCH dosiert, daß *mit einem Briefchen täglich* exakt die von der WHO empfohlene Tagesdosis von 300 mg eingenommen werden kann.

\*) Rätsel und Präparateinformationen vorseitig

**MAGNESIUM**

**Diasporal® N**

**300 GRANULAT**

**1x1: Einfacher geht's nicht**

Protina GmbH,  
8045 Ismaning

