

einem Herzinfarkt zu sterben. Das mittlere Sterbealter für die Diagnose ischämische Herzkrankheit (ICD/9:410–414) betrug 1991 in der alten Bundesrepublik für Männer 75 Jahre und für Frauen 82 Jahre. Wer 1991 an einem Herzinfarkt verstarb, wurde älter, als es der mittleren Lebenserwartung 1991 entsprach (70 Jahre für Männer und 78 Jahre für Frauen) (1).

Nach den Daten der Framingham-Studie (2), der Bronx-Aging-Studie (3) und den Ergebnissen der European Working Party of High Blood Pressure in the Elderly (4) ist Cholesterin im Alter nicht mehr mit der kardiovaskulären oder der kardialen Mortalität korreliert. Selbst bei der heterozygoten Form der familiären Hypercholesterinämie ist ab dem 60. Lebensjahr gegenüber einer Kontrollgruppe eine Exzeßmortalität (KHK- und Gesamtmortalität) nicht mehr zu beobachten (5).

Als Beweis für die Wirksamkeit einer Cholesterinsenkung auch bei alten Menschen wird immer wieder die Los Angeles Veterans Administration-Studie zitiert (6).

Es handelt sich um eine über acht Jahre angelegte kombinierte Studie zur primären und sekundären Prävention kardiovaskulärer Ereignisse bei männlichen Altersheim-Bewohnern (Alter zwischen 50 und 89 Jahren). Es wurde eine übliche Kost gegen eine Kost, die mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren supplementiert war, getestet.

Die Cholesterin-Konzentration nahm während der acht Jahre in beiden Gruppen ab mit einer Differenz von etwa 12 Prozent zwischen den Gruppen zugunsten der Diätgruppe. Die Cholesterinsenkung erwies sich jedoch als unabhängig davon, wie zuverlässig die Diätkost eingehalten wurde.

Inzwischen liegen aus mehreren longitudinalen Studien Ergebnisse vor, die vermuten lassen, daß es sich bei der Cholesterinsenkung im hohen Alter nicht nur um ein sogenanntes „Erntephänomen“, sondern unter Umständen um einen physiologischen Vorgang handelt (7).

Die Diätkost änderte an den koronaren Endpunkten (plötzlicher Tod, tödlicher oder nicht tödlicher

Herzinfarkt) während der acht Jahre im Vergleich zur Kontrollgruppe nichts Wesentliches. Insbesondere galt dies für die über 65jährigen Männer unabhängig vom Ausgangswert des Cholesterins. Die Gesamtmortalität war in beiden Gruppen identisch, in der Diätgruppe war eine Exzeßmortalität an Karzinomen zu beobachten.

Die Autoren selbst kommen zu folgender Beurteilung ihrer Studien-Ergebnisse: „We consider our trial to have fallen short of providing a definitive and final answer concerning dietary prevention of heart disease.“

Bei dieser Datenlage eine Diätbehandlung für Senioren „als preiswert, wirksam und risikoarm und immer empfehlenswert“ zu bezeichnen, zeugt von einer unkritischen Haltung gegenüber dem Schrifttum.

Die wissenschaftlich bisher nicht überzeugend belegte Hypothese, erhöhte Blutfette seien auch im Alter ein unabhängiger Risikofaktor für die koronare Herzerkrankung, wird auch nicht dadurch einer Lösung näher gebracht, daß man durch Anwendung zweier verschiedener statistischer Verfahren das relative Risiko (= erhöhtes Cholesterin wird mit zunehmendem Alter als Risikofaktor für die KHK bedeutungslos) ver-

nachlässigt und das zuschreibbare Risiko (= erhöhtes Cholesterin wird mit zunehmendem Alter als Risikofaktor für KHK immer bedeutender) in den Vordergrund stellt. Natürlich gibt das zuschreibbare Risiko die gesundheitspolitische Bedeutung eines Expositionsrisikos am besten wieder. Aber der Beweis einer kausalen Verknüpfung von Exposition und Ereignis läßt sich durch diese Manipulation nicht führen.

Die Diskussion ist daher bei der zur Verfügung stehenden Datenlage noch immer kontrovers zu führen.

Aus diesem Grunde ist es unverantwortlich, eine weitere „etablierte“ (soll wohl bedeuten: in ihrer Wirkung bisher nicht bewiesene) Therapie für ältere Menschen zu propagieren, die 1990 mit über 600 Millionen DM zu Buche schlug und deren Nebenwirkungen noch nicht abzusehen sind. Es besteht zur Zeit kein Handlungsbedarf.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Peter Strohfeldt
II. Medizinische Klinik
und Poliklinik
der Universität des Saarlandes
66421 Homburg/Saar

Schlußwort

Herrn Kollegen Koch danke ich, daß er noch einmal die Bedeutung aller Antirisiko-Maßnahmen betont, die einer medikamentösen Therapie immer vorausgehen haben. Es besteht also Einigkeit, daß eine alleinige medikamentöse Behandlung der Dyslipoproteinämien wenig Sinn macht. Das gilt besonders für die Sekundärprävention, auf die mein Beitrag ausgerichtet war: Da darf es gar keine Ausgrenzungs-Diskussion wegen des Alters mehr geben!

Deshalb kann ich Herrn Kollegen Strohfeldt auch überhaupt nicht zustimmen! Allein schon deshalb nicht, weil er sämtliche gesicherten pathobiochemischen und pathophysiologischen Zusammenhänge mit Lipoproteinstoffwechsel und in der Atherogenese außer acht läßt! Es gibt nicht den geringsten Anhalts-

punkt dafür, daß im Alter diese Pathomechanismen nicht mehr gelten. Und natürlich weiß auch Herr Kollege Strohfeldt, daß der langsam stenosierende Prozeß der Atherosklerose über Jahrzehnte meistens bei bis zu drei Viertel verschlossenem Gefäßblumen klinisch stumm abläuft und daß dann die totale Verschlußkatastrophe akut eintritt. Dem Kliniker helfen da keine Ausflüchte in die epidemiologische oder studiengesicherte Datenlage.

1. Der erste Absatz will ja wohl nicht suggerieren, daß Infarktpatienten anständigerweise die statistische mittlere Lebenserwartung nicht überschreiten sollten?!

2. „... ist Cholesterin im Alter nicht mehr mit der kardiovaskulären oder der kardialen Mortalität korreliert“, schreibt Herr Kollege Strohfeldt. In der als Beleg angeführten Literatur steht aber:

► „Für über 50jährige sind Lipoprotein-Fractionen und Apolipoprotein-Werte wahrscheinlich die geeigneten Screening-Verfahren als die Bestimmung des Gesamtcholesterins.“

► „Jenseits des 50. Lebensjahres wird die Assoziation zwischen Mortalität und Cholesterin gestört durch Personen, deren Cholesterinspiegel sinken – vielleicht aufgrund von zum Tode führenden Krankheiten.“

► „Die fehlende Assoziation zwischen Gesamtcholesterin-Serumspiegeln nach dem 50. Lebensjahr und der Gesamtmortalität bedeutet nicht zwangsläufig, daß die Cholesterinspiegel in dieser Altersgruppe nicht von Bedeutung sind.“ (1, 5)

► „Zusammenfassend zeigt diese Studie, daß ein ungünstiges Lipoproteinprofil das Risiko für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität erhöht, selbst noch im achten und neunten Lebensjahrzehnt. Damit ist einleuchtend, daß die Suche nach Lipidveränderungen mit wiederholten Kontrollen bei entsprechender Behandlung die Lebensqualität sogar noch im hohen Lebensalter verbessern kann.“ (2)

► „... fanden wir eine negative Assoziation zwischen Gesamtcholesterin und den alters- und geschlechtsadjustierten Raten für Gesamtmortalität, kardiovaskuläre und nicht kardiovaskuläre Mortalität“ (3). Wenn das zuträfe, sollte alles unternommen werden, den Blutcholesterinspiegel in der Bevölkerung möglichst maximal anzuheben: eine Fettorgie als Konjunkturmaßnahme?

3. Immerhin ist mit einer Ernährungsumstellung sowohl in der primären Prävention eine deutliche Cholesterinsenkung (7, 8) und in der sekundären Prävention eine deutliche Senkung der KHK-Morbidität zu erreichen (9, 10, 11). Es gibt keine Hinweise darauf, daß bei diesen Effekten eine Altersabhängigkeit besteht. Die Autoren (4) schreiben aber auch: „On the other hand certain features of the data give strong support to the conclusion that the experimental diet did, in fact, have a prophylactic effect.“ Wenn die kardialen Endpunkte zusammen mit zerebralen und anderen sekundären Endpunkten ausgewertet wurden, ergab sich ein hochsignifikanter Unter-

schied zwischen beiden Gruppen ($p < 0,01$). Unzweifelhaft ist dargestellt, daß Teilnehmer mit hohem Cholesterin und hohem Alter ebenso von der Diät profitieren wie jene mit hohem Cholesterin und niedrigem Alter. In der Interventionsgruppe traten 85 nicht atherosklerotische und 57 atherosklerotische Todesfälle auf, in der Kontrollgruppe 71 beziehungsweise 81. Die Autoren schreiben: „Consideration of causes of death in this category suggested that this difference probably did not reflect a toxic effect of the experimental diet.“

Wenn Herr Kollege Strohfeldt deutlich machen könnte, warum er alten Menschen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung vorenthalten möchte, hätte er das sicher auch gesagt, vor allem, wenn er deren Schädlichkeit aufzeigen könnte.

4. „Natürlich gibt das zuschreibbare Risiko die gesundheitspolitische Bedeutung eines Expositionsrisikos am besten wieder“, schreibt Herr Kollege Strohfeldt; genau das war die Intention meines Beitrages (nicht nur gesundheitspolitisch übrigens).

Der Schlußsatz, daß „zur Zeit kein Handlungsbedarf“ besteht, ist von besonderem Zynismus angesichts der von jedem nachlesbaren weltweiten Datenlage. Länder mit aktiven Maßnahmen gegen den Herzinfarkt-

Tod haben nach Angaben der WHO einen Rückgang der Toten durch koronare Herzkrankheit um bis zu 50 Prozent, während in dieser Hinsicht „ungesunde“ Länder eine Zunahme von bis zu fast 40 Prozent verzeichnen. Deutschland liegt in der Tabelle der Länder mit einem Rückgang der KHK-Mortalität bei den über 75jährigen weit hinten. Wenn das kein Handlungsbedarf ist!

Literatur:

1. Anderson KM et al.: JAMA 1987; 257: 2176–2180
2. Zimetbaum P et al.: Arteriosclerosis and Thrombosis 1992; 12:416–423
3. Fagard R: Amer J Med 1991; 90 (suppl. 3A):625–639
4. Dayton S et al.: Circulation 1969; 40 (suppl. II): II1–II63
5. W. H. O.: WHO health statistic quarterly report 1988; 41: 155–168
6. Simons LA: Am J Cardiol 1989; 63:5H–8H
7. Manson et al.: New Engl J Med 1992; 326:1406–1416
8. Weisweiler P, Janetschek P, Schwandt P: Metabolism 1985; 34:83
9. Singh et al.: Brit Med J 1992; 304:1015–1019
10. Ornish D et al.: Lancet 1990; II:129–133
11. Schuler et al.: Circulation 1992; 86:1–11

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Schwandt
 Vorsitzender der Lipid-Liga
 II. Medizinische Klinik
 Klinikum Großhadern
 Marchioninstraße 15
 81377 München

Hustentest bei Verdacht auf Peritonitis

Loslaßschmerz und umschriebene Abwehrspannung sind kennzeichnend für eine umschriebene oder generalisierte Peritonitis. Nicht immer ist jedoch der Befund eindeutig, nicht wenige Patienten spannen reflektorisch bei der Palpation das Abdomen an.

Die Autoren untersuchten bei 150 konsekutiven Patienten, die zur Notfallbehandlung wegen Bauchschmerzen stationär eingewiesen wurden, den sogenannten Hustentest. Dabei werden die Patienten aufgefordert zu husten und dabei beob-

achtet, ob sie Zeichen einer Schmerzreaktion erkennen lassen. Der positive prädiktive Wert dieses Verfahrens wurde mit 76 Prozent ermittelt und lag dabei höher als in einer ähnlichen Studie, wo für die Abwehrspannung ein prädiktiver Wert von 49 Prozent ermittelt worden war.

Die Autoren empfehlen, diesen Test, bei dem der Patient nicht mit einer bestimmten Erwartungshaltung wie bei der Palpation des Abdomens dem Untersucher gegenübertritt, routinemäßig anzuwenden. W

Bennett D H, L J M T Tambeur, W B Campbell: Use of coughing test to diagnose peritonitis. B. M. J. 1994; 308: 1 336

Department of Surgery
 Royal Devon and Exeter Hospital
 Exeter EX2 5DW