

**Informationsbrief Nr.: 7 / 2016**

Standort: Sekretariat

Pfad: QM-ZFD / Serviceprozesse / Informationsmanagement / Laborinformationen

Chemnitz, den 22.07.2016

**Informationsbrief 7 / 2016****Neuigkeiten zur Diagnostik kardiovaskulärer Erkrankungen****▪ Parameter: non-HDL-Cholesterol**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

seit einiger Zeit finden Sie auf unseren Befunden im Rahmen des Lipidstatus einen neuen, berechneten Parameter: non HDL-Cholesterol, die Differenz aus Gesamt- und HDL-Cholesterol.

In den derzeitigen Empfehlungen wird zwar v. a. der Stellenwert des LDL-Cholesterol (LDL-C) als primäre Zielgröße bei der Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen betont. Doch auch wenn in den meisten Laboren das LDL-C nicht mehr berechnet, sondern direkt gemessen wird, sind die Ergebnisse mit nicht zu vernachlässigenden analytischen Problemen behaftet: 1. atherogene V-LDL-Remnants werden nicht erfasst und 2. es gibt nach wie vor große Unterschiede in den Wertelagen der verschiedenen Bestimmungsmethoden. Insgesamt betrachtet legen zwar Bevölkerungs- und Interventionsstudien keine unterschiedliche Wertigkeit der beiden Marker nahe, in einzelnen Metaanalysen von Statin-Studien erwies sich das non-HDL-C jedoch als geringfügig besserer Prädiktor kardiovaskulärer Ereignisse [1]. Das non-HDL-C ist zumindest bei diskordanten Ergebnissen und bei Erkrankungen, die mit einer Erhöhung der Triglyzerid-reichen V-LDL-Remnants einhergehen, dem LDL-C vorzuziehen.

Deshalb empfehlen die Fachgesellschaften IAS und ESC [2, 3], das non-HDL-C insbesondere bei kombinierten Hyperlipidämien, Diabetes, metabolischem Syndrom oder einer bestehenden kardiovaskulären Erkrankung als alternativen Biomarker in die Diagnostik und als sekundäres Behandlungsziel mit einzubeziehen.

Zielwerte:      Primärprävention      < 3,4 mmol/l  
                    Sekundärprävention      < 2,6 mmol/l

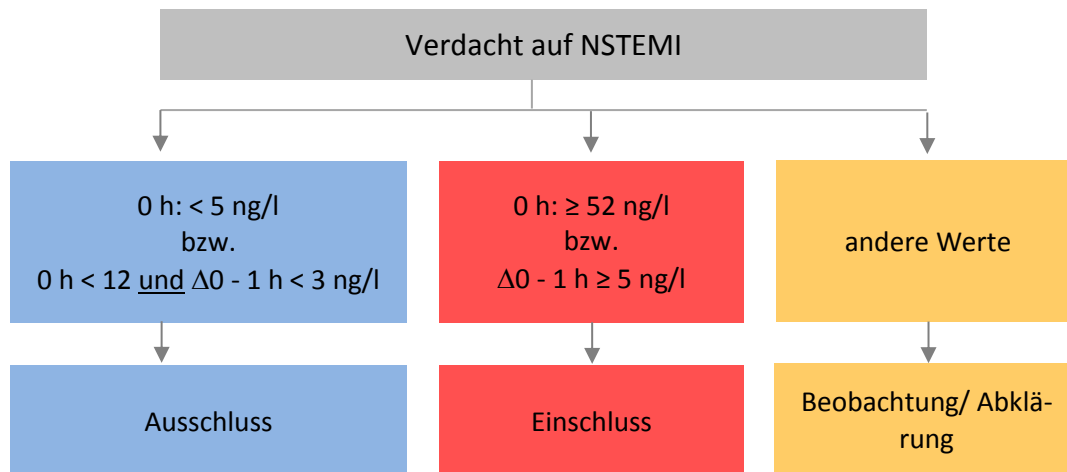
[1] von Eckardstein A.: Biomarker des Lipoproteinstoffwechsels. Cardiovascular Medicine 18, 53-60 (2015).

[2] Grundy SM et al.: An International Atherosclerosis Society (IAS) Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia. Clin Lipidol. 8, 29-60 (2014).

[3] Roffi M et al.: 2015 European Society of Cardiology (ESC) Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 37, 267-315 (2015)

## 1-Stunden-Algorithmus zur Abklärung eines NSTEMI

Für die Diagnose des akuten Myocardinfarktes (AMI) mit dem hochsensitiven Troponin steht nach den neuen ESC-Leitlinien von 2015 [3] als zusätzliche Alternative zum bewährten 0h/3h Standard-Algorithmus der 0h/1h-Algorithmus zur Verfügung, wodurch in bestimmten Fällen der Ausschluss eines AMI bereits nach einer Stunde möglich ist. Die für den im Labor Chemnitz benutzten Test (Troponin T hs) validierten cut-off-Werte für die einzelnen Stufen [5] finden Sie in der folgenden Abb.



[5] Mueller C et al.: Multicenter Evaluation of a 0-Hour/1-Hour Algorithm in the Diagnosis of Myocardial Infarction With High-Sensitivity Cardiac Troponin T. Ann Emerg Med. **68**, 76-87 (2016)

In jedem Fall sind natürlich die Laborwerte mit allen klinischen Informationen abzugleichen. Patienten mit einem nur kurze Zeit zurückliegenden Schmerzbeginn (bis ca. 1 h) sollten auf Grund der verzögerten Kinetik der Troponin-Freisetzung in jedem Fall auch nach 3 h einen zweiten Troponin-Wert erhalten. Bei Patienten, bei denen trotz niedrigen Troponin-Wertes der klinische Verdacht eines AMI bestehen bleibt, sollten weitere Troponin-Messungen durchgeführt werden.

### Ansprechpartner für Rückfragen:

Dr. Dirk Pohlers  
Tel.: (0371) 333 33439  
E-Mail: d.pohlers@laborchemnitz.de

Dipl.-Chem. S. Köhler  
Tel.: 03433-211852  
E-Mail: s.koehler@laborchemnitz.de

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. G. Stamminger  
Med. Geschäftsführerin

Dr. rer. nat. D. Pohlers  
Abt.-Ltr. Biochemie/Proteinanalytik

DC S. Köhler  
Laborleiterin Leipziger Land