

Riskant oder nicht?

Neue Kehrtwende im Streit ums Frühstücksei



© babimu / Fotolia

Die Bedeutung des Nahrungscholesterins für kardiovaskuläre Erkrankungen ist in den letzten Jahren herabgestuft worden. Möglicherweise zu Unrecht, wie eine Analyse prospektiver Studien nahelegt.

„Es gibt keine ausreichende Evidenz, um zu entscheiden, ob die Reduktion des Ernährungscholesterins das LDL-Cholesterin senkt“, heißt es in den Lebensstil-Leitlinien der amerikanischen Kardiologengesellschaften von 2013. In den amerikanischen Ernährungsleitlinien von 2015, wiewohl sie eine cholesterinarme Ernährung empfehlen, findet sich sogar der Hinweis, dass Cholesterin auch in größeren Mengen zugeführt nicht bedenklich sei. Diese Position wurde durch die bislang jüngste Metaanalyse von prospektiven Studien gestützt. Dort war kein stringenter Zusammenhang zwischen Nahrungscho-

lesterin, Serum-LDL-Spiegel und kardiovaskulären Erkrankungen zu erkennen [1].

Herz-Kreislauf- und Sterberisiko erhöht

Ein Problem solcher Analysen ist allerdings, dass stark cholesterinhaltige Lebensmittel oft auch reich an gesättigten und tierischen Fetten sind. Außerdem hat sich gezeigt, dass Menschen, die reichlich Eier verspeisen, häufig weitere ungesunde Verhaltensweisen an den Tag legen. Diese Fehlerquellen haben die Autoren einer weiteren Metaanalyse jetzt zu eliminieren versucht. Das dürfte auch der Grund sein, warum die Ärzte um Victor Zhong, Chicago, nun doch einen monotonen Zusammenhang gefunden haben: Je höher der Konsum von Eiern bzw. Cholesterin war, desto höher fiel auch das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und Tod aus.

Ausgewertet wurden die Daten von fast 30.000 Teilnehmern aus sechs prospektiven Kohorten. Während der Beobachtungszeit von median 17 Jahren kam es zu 5.400 kardiovaskulären Ereignissen (CVD, cardiovascular disease) und 6.132 Todesfällen. Pro 300 mg Cholesterin, die am Tag zusätzlich zugeführt wurden, erhöhte sich das CVD-Risiko relativ um 17% (absolut 3,2%), das Sterberisiko stieg um 18% (absolut 4,4%). Ein halbes Ei mehr pro Tag korrelierte mit einem Plus von 6% (absolut 1,1%) beim CVD- und einem Plus von 8% (absolut 1,9%) beim Sterberisiko.

bs

1. *Am J Clin Nutr* 2015;102:276–294

Zhong VW et al. Associations of Dietary Cholesterol or Egg Consumption With Incident Cardiovascular Disease and Mortality. *JAMA* 2019;321(11):1081–1095; doi.org/10.1001/jama.2019.1572

Neue Empfehlungen der Stiko

Schutz vor Gürtelrose

Im Dezember 2018 hat die Ständige Impfkommission (STIKO) neue Empfehlungen für die Impfung gegen Herpes zoster veröffentlicht.

Zum Schutz vor Gürtelrose und ihren Komplikationen rät die STIKO jetzt, alle Menschen ab 60 Jahren gegen Herpes zoster zu impfen. Menschen mit erhöhter Gefährdung für einen Zoster sollen schon ab 50 Jahren geimpft werden, dazu zählen z. B. Patienten mit HIV-Infektion, Organtransplantation, rheumatoider Arthritis, chronisch entzündlicher Darmerkrankung, COPD, Asthma, Diabetes oder chronischer Niereninsuffizienz. Der G-BA hat sich der STIKO-Empfehlung inzwischen angeschlossen.

Für die Standard- wie für die Indikationsimpfung wird ausschließlich der im

letzten Jahr zugelassene Totimpfstoff (Shingrix®) empfohlen. Dabei handelt es sich um eine Subunitvakzine, bestehend aus dem Oberflächenglykoprotein gE des Varicella-Zoster-Virus und einem Wirkverstärker. Der schon länger verfügbare Lebendimpfstoff gegen Herpes zoster wird wegen seiner eingeschränkten Wirksamkeit sowie der Nichteignung für Immungeschwächte von der STIKO ausdrücklich nicht empfohlen.

Inzidenz steigt mit dem Lebensalter

Begründet wird die neue Empfehlung zur Zosterimpfung mit der erheblichen Krankheitslast durch Herpes zoster und mit der guten Wirksamkeit der Subunitvakzine. In Deutschland erkranken pro Jahr mehr als 300.000 Menschen an Gür-

telrose, die Inzidenz steigt mit dem Lebensalter. Von der häufigsten Komplikation, der postherpetischen Neuralgie (PHN), sind altersabhängig zwischen 3% und 8% der Patienten betroffen.

Mit dem Herpes-zoster-Totimpfstoff lassen sich über alle Altersgruppen ab 50 hinweg 92% der Zoster- und 82% der PHN-Fälle verhindern. Notwendig sind zwei I.m.-Impfungen im Abstand von zwei bis sechs Monaten. Die Impfung ist sicher, aber sehr reaktogen; vorübergehende lokale (Schmerzen, Schwellung, Rötung) und systemische Reaktionen (Fieber, Müdigkeit, Myalgien, Kopfschmerz) sind häufig. Die Patienten sollten über mögliche Impfreaktionen und über die Wichtigkeit der zweiten Impfdosis informiert werden.

bs

Epidemiologisches Bulletin 2018;50:525–554