

Chlamydien an Herzinfarkt unschuldig (Studie 1)

f -- Wald NJ, Law MR, Morris JK et al. Chlamydia pneumoniae infection and mortality from ischaemic heart disease: large prospective study. *BMJ* 2000 (22. Juli); 321: 204-7

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Ferenc Follath

Studienziele

Resultate verschiedener Studien liessen vermuten, dass chronische Entzündungen – insbesondere infolge von Infektionen mit *Chlamydia pneumoniae* oder *Helicobacter pylori* – die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit (KHK) begünstigen könnten. In den drei vorliegenden britischen Studien wurde diese These erneut evaluiert.

Methoden

Für die erste Studie wurden Blutproben verwendet, die zwischen 1978 bis 1980 Männern im Alter von 40 bis 59 Jahren entnommen worden waren. Das Blut von Männern, die zwischen 1978 und 1995 an einer KHK erkrankten oder starben (n=506) wurde mit dem von 1'025 herzgesunden Kontrollen verglichen. Vier Entzündungsparameter (C-reaktives Protein, Serumamyloid-A-Protein, Leukozyten und Serumalbumin) sowie die Titer von IgG-Antikörpern gegen *Helicobacter pylori* und *Chlamydia pneumoniae* wurden bestimmt.

In der zweiten Studie wurden zwischen 1975 und 1982 gesammelte Blutproben aus einem anderen Kollektiv auf IgG und IgA-Antikörper gegen *Chlamydia* untersucht. Das Blut von Männern, welche während der Beobachtungszeit von rund 16 Jahren an einer KHK starben (n=647), wurde mit demjenigen von 1'294 Kontrollpersonen verglichen.

Für die dritte Studie wurden diejenigen 200 Männer mit KHK aus der ersten Studie ausgewählt, welche die höchsten Titer von IgG-Antikörper gegen *Chlamydia* aufwiesen. Diese wurden mit den Resultaten bei 329 herzgesunden Kontrollpersonen verglichen. Weitere berücksichtigte Faktoren waren u.a. Rauchen, Alkoholkonsum, Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Klassen. Ergänzend wurden weitere prospektive Studien zur Frage eines Zusammenhangs zwischen einer chronischen *Chlamydia-pneumoniae*-Infektion und einer KHK einer Metaanalyse unterzogen.

Ergebnisse

Erste Studie: Der Bereich der für eine Entzündung repräsentativen Laborresultate bei den Kontrollpersonen wurde in drei Drittel (niedrig, mittel, hoch) eingeteilt. Männer, deren C-reaktives Protein sich im oberen Drittel befand, hatten im Vergleich zu solchen mit einem Wert im unteren Drittel ein doppelt so hohes Risiko, während der Studiendauer an einer KHK zu erkranken. Dieses Resultat entspricht den Schlussfolgerungen einer ergänzenden, 14 Studien umfassenden Metaanalyse. Für hohe Werte von Serum-Amyloid A fand sich ebenfalls ein signifikant erhöhtes KHK-Risiko. Bei Koronarpatienten waren auch die Leukozytenwerte erhöht, die Albuminwerte redu-

ziert; nach Korrektur für andere Risikofaktoren konnte für diese Entzündungsindikatoren jedoch kein signifikanter Zusammenhang mit der KHK gefunden werden. Die Titer der *Helicobacter*- und *Chlamydia*-IgG-Antikörper und die Homocysteinspiegel im Plasma korrelierten nicht mit den verschiedenen Entzündungsindikatoren.

Zweite Studie: Bei Männern, die an KHK starben, unterschieden sich die Titer der IgG- und IgA-Antikörper gegen *Chlamydia* nicht von denjenigen der Kontrollpersonen.

Dritte Studie: Für die 200 an einer KHK erkrankten oder verstorbenen Männer mit hohen IgG-Antikörpertiter gegen *Chlamydia* konnte unter der Berücksichtigung des Raucher- und des sozialen Status im Vergleich zu den Kontrollen eine Odds Ratio von 1,22 (95% CI: 0,82-1,82) berechnet werden. Das Resultat stimmt mit demjenigen einer Metaanalyse überein, die ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen hohen Antikörpertitern gegen *Chlamydia* und einer KHK ergab. Zusammenhänge zwischen Antikörpertiter und Plasmalipidkonzentrationen, Blutdruck und Plasma-Homocysteinwerten konnten nicht gefunden werden.

Schlussfolgerungen

Entzündungsprozesse könnten bei der Entstehung einer koronaren Herzkrankheit eine Rolle spielen. Für eine Assoziation einer koronaren Herzkrankheit und einer Infektion mit *Helicobacter pylori* bzw. mit *Chlamydia pneumoniae* konnten keine Beweise gefunden werden. (BW)

In der ersten Studie zeigte sich eine signifikante Assoziation zwischen dem koronaren Risiko und erhöhtem CRP. Diese Resultate wurden auch durch eine Metaanalyse von zusätzlichen 13 Studien über CRP gestützt. Die Bedeutung dieser Beobachtung besteht darin, dass man bei Patienten mit atheromatösen Gefässkrankheiten und erhöhtem CRP mit einer höheren Komplikationsrate rechnen muss. Eine intensive Behandlung, vor allem mit Cholesterin-senkenden Statinen, ist in solchen Fällen zu empfehlen.

Die beiden anderen Arbeiten zeigen klar, dass die früher vermutete und gegenwärtig sehr umstrittene Assoziation zwischen erhöhtem Serumentiter gegen *Chlamydia pneumoniae* und koronaren Todesfällen gegenüber einer vergleichbaren Kontrollgruppe nicht nachgewiesen werden kann. Erhöhte Chlamydientiter sind zwar in 40% der KHK-Patienten, aber auch bei 30% der Kontrollpersonen festgestellt worden. Diese Resultate sind ernüchternd, nachdem viele überzeugt waren, dass die antibiotische Therapie gegen Chlamydien eine neue Behandlung der atheromatösen Gefässkrankheiten darstellen könnte.

Ferenc Follath