**Univ.-Prof. Dr. Stylianos Kapiotis**

Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer LABCON – Medizinische Laboratorien GmbH

**Lp(a) aus der Sicht der Labordiagnostik**

Lp(a) wurde im Jahr 1963 entdeckt und seither in verschiedenen Studien in Zusammenhang mit kardiovaskulären Ereignissen gebracht. Ein erhöhter Lp(a)-Wert ist inzwischen eindeutig als ein unabhängiger (auch von erhöhten Triglyzeriden, erhöhtem LDL und vermindertem HDL) kardiovaskulärer Risikofaktor etabliert.

**Standardisierbarkeit der Lp(a)-Tests von großer Wichtigkeit**

Leider gab es lange keine Standardisierung der verschiedenen Lp(a)-Labortests, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Labors schwierig gemacht hat. Inzwischen wurde einerseits ein internationaler Standard verfügbar und damit die Vergleichbarkeit der Tests deutlich verbessert. Andererseits wurden vollautomatisierte Testsysteme aller wesentlichen Diagnostikahersteller auf den Markt gebracht. Auch der Analysenpreis ist inzwischen deutlich gefallen, was ein breiteres Screening von Risikopatienten\* ermöglicht. Eine einmalige Bestimmung des Lp(a) ist ausreichend, denn der Lp(a)-Wert ändert sich im Laufe des Lebens nicht signifikant.

Lp(a) kann im Falle einer Erhöhung beträchtliche Mengen Cholesterin transportieren (in etwa 1/3 seiner in mg/dl gemessenen Proteinkonzentration – d.h. bei einem Wert von 120 mg/dl werden 40 mg Cholesterin transportiert). Die Analytik von Lp(a) ist aufgrund der Tertiärstruktur (je nach Isoform unterschiedliche Anzahl von sogenannten Apo(a)-„Kringeln“) erschwert. Die Anzahl der Kringel bestimmt das Molekulargewicht und auch den Plasmaspiegel von Lp(a). Leider wird derzeit von verschiedenen Labors/Testherstellern das Ergebnis noch abwechselnd in mg/dl oder molaren Einheiten angegeben, was zu einiger Verwirrung führt. Die Referenzwerte betragen je nach Test dann entweder <30 mg/dl oder <75nmol/l.

**Lp(a)-Screening – wann sinnvoll?**

Empfehlungen der verschiedenen internationalen Fachgesellschaften zur Anwendung des Tests gehen prinzipiell in die Richtung, dass ein Screening der Allgemeinbevölkerung (noch) nicht empfohlen wird. Stattdessen wird derzeit die Messung besonders bei frühzeitiger KHK bzw. Insult (Schlaganfall) empfohlen. Weiters gibt es Empfehlungen für eine Messung bei klinischen Risikoscores (wie z.B. den Framingham- oder PROCAM-Score) im intermediären Risikobereich, weil Patienten ab einem Lp(a)-Wert von 50 mg/dl in die nächsthöhere Risikoklasse fallen. Bei diesen sollten dann gut therapierbare Risikofaktoren (i.e.: LDL, Bluthochdruck etc.) intensiv behandelt werden.

Eine weitere Zielgruppe für die Lp(a)-Bestimmung sind Patienten mit Nierenerkrankungen bzw. Hämodialysepatienten, weil diese regelmäßig erhöhte Lp(a)-Spiegel aufweisen. Auch hier sollten bei hohen Spiegeln die therapeutischen Möglichkeiten der behandelbaren Risikofaktoren ausgeschöpft werden.

***\**** *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Alle Bezeichnungen gelten sowohl für Frauen als auch für Männer.*

**Kontakt für Journalisten-Rückfragen**

***Univ.-Prof. Dr. Stylianos Kapiotis***

*Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer LABCON GmbH – medizinisches Diagnostik- und Servicezentrum
Gumpendorferstraße 108, 1060 Wien
🕿: +43 1 400 88 - 7210
E-mail:* *stylianos.kapiotis@labcon.at* *www.labcon.at*

**Rückfragen Presse**

**Urban & Schenk medical media consulting**

*Barbara Urban: 0664/41 69 4 59,* *barbara.urban@medical-media-consulting.at*

*Mag. Harald Schenk: 0664/160 75 99,* *harald.schenk@medical-media-consulting.at*