

Lipidsenkung: Update 2014 im Licht der neuen US-Guidelines

Schweizer Empfehlungen zurückhaltender

In der Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse ist man hier mit der Verschreibung von Statinen etwas zurückhaltender als auf der anderen Seite des Atlantiks. Im Licht neuer amerikanischer Guidelines erklärt Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Chefarzt der Universitätsklinik und der Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin am Inselspital Bern, warum es auch in der Therapie von Dyslipidämien auf die klinische Erfahrung und die individuelle Einschätzung ankommt, bei welchen Patienten eine Lebensstiländerung die bessere Intervention darstellt und für welche Patienten Statine ein «Muss» sind.

Anka Stegmeier-Petroianu

Im November letzten Jahres wurden von der American Heart Association und vom American College of Cardiology neue Leitlinien zur Lipidtherapie veröffentlicht (1). Darin bleiben Statine Mittel der ersten Wahl zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Allerdings treten die bis anhin angestrebten LDL-Cholesterin-Zielwerte in den Hintergrund; für die Therapieentscheidung sowie die Auswahl der Substanz

ist vielmehr das Ausgangsrisiko relevant.

Sind LDL-Zielwerte überflüssig?

Die neuen amerikanischen Guidelines verzichten auf eine Orientierung anhand von LDL-Zielwerten und empfehlen stattdessen entweder die Behandlung mit stark oder moderat wirksamen Statinen. Im Hinblick auf eine effektive kardiovaskuläre Risikoreduk-

tion unterscheiden die US-Leitlinien in ihren Therapieempfehlungen Patientengruppen, die eine intensive Therapie mit Atorvastatin oder Rosuvastatin benötigen, um eine mindestens 50-prozentige Reduktion des LDL-Cholesterins zu erreichen, von einer Gruppe von Patienten, bei denen eine 30- bis 50-prozentige Cholesterinsenkung ausreicht. Für diese Patienten kommen moderat wirksame Statine infrage. Zur ersten Gruppe gehören Patienten unter 76 Jahren mit manifester Atherosklerose, Patienten mit einem LDL-Cholesterin über 4,9 mmol/l, Diabetiker mit Komplikationen oder anderen Risikofaktoren sowie Patienten, die gemäss einem neuen Risikokalkulator ein hohes 10-Jahres-Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse aufweisen, nämlich mindestens 7,5 Prozent (2). Bei diesen Patienten ist unabhängig vom LDL-Wert eine Therapie mit einem Statin indiziert. Der US-Risikokalkulator wurde für die amerikanische Bevölkerung entwickelt; der Risikoscore ist (noch) nicht für Europa validiert. Durch diesen neuen Risikokalkulator und den daraus abgeleiteten Behandlungsschritt sinkt die Schwelle für die Verschreibung von Statinen in der Primärprävention, so der Experte. Es könnte potenziell zu einer Überschätzung des Risikos kommen und zu einer primärpräventiven Übertherapie mit Statinen führen. Zur weniger gefährdeten Gruppe, die laut US-Guidelines mit weniger starken Statinen behandelt werden kann, gehören Patienten über 76 Jahre und Diabetiker ohne Komplikationen oder weitere Risikofaktoren.

AGLA/GSLA-Richtlinien für die Behandlung der Dyslipidämie

Insbesondere bei Patienten mit niedrigem Gesamtrisiko würden bei Anwendung der US-Empfehlungen Statinver-

MERKSÄTZE

- ❖ In der Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse können Patienten mit einem hohen Risiko anhand von Risikoscores identifiziert werden – zusätzlich dient die klinische Erfahrung als Kompass.
- ❖ LDL-Cholesterin-Zielwerte erlauben eine individuelle Betreuung der Patienten und könnten die Compliance fördern. Die Zielwerte in der Primärprävention unterscheiden sich von denjenigen in der Sekundärprävention.
- ❖ Patienten mit einem niedrigen Gesamtrisiko sollten nicht medikamentös behandelt werden, sondern zu Lebensstiländerungen ermutigt werden.
- ❖ Familiäre Dyslipidämien erkennen! Ein LDL-Wert über 5 mmol/l gilt als Red Flag. Risikoabschätzungen anhand von Scores sind bei diesem Patientenkollektiv ungenau. In die spezialisierte Lipidsprechstunde überweisen!
- ❖ Nach möglichen sekundären Ursachen einer Dyslipidämie fahnden. Hypothyreose, nephrotisches Syndrom, Cholestase, Anorexie oder Schwangerschaft ausschliessen.



Abbildung: Ob eine Therapie angezeigt ist, basiert auf dem Ausgangsrisiko. Zur Berechnung hilft der Risikorechner der AGLA, der an die Schweizer Verhältnisse angepasst ist. Online finden Sie diesen unter www.agla.ch oder direkt via QR-Code.

AGLA/GSLA-Richtlinien für die Behandlung der Dyslipidämie

- Patienten mit hohem Risiko: LDL > 2,6 mmol/l**
- ❖ koronare Herzkrankheit oder äquivalente Krankheiten (Schlaganfall, PAVK)
 - ❖ Diabetes mellitus
 - ❖ 10-Jahres-Risiko \geq 20 Prozent (PROCAM-AGLA)
- Patienten mit mittlerem Risiko: LDL > 3,4 mmol/l**
- ❖ 10-Jahres-Risiko zwischen 10 und 20 Prozent
- Patienten mit niedrigem Risiko: LDL > 4,1 mmol/l**
- ❖ 10-Jahres-Risiko < 10 Prozent
- Patienten ohne andere Risikofaktoren: LDL > 4,9 mmol/l**
Limitierung: Je geringer das Risiko, desto schwächer die Beweiskraft dieser Grenzwerte.
- Als erste Prävention immer Lebensstilmassnahmen über ein paar Wochen bis mehrere Monate empfehlen! Quelle: Rodondi

schreibungen extrem zunehmen, ohne erwiesenes Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die Schweizer Empfehlungen weichen daher von den amerikanischen ab: Zum einen halten die Schweizer Fach-

gesellschaften weiterhin an LDL-Zielwerten fest. Die LDL-Zielwerte ermöglichen eine individuellere Betreuung der Patienten und erhöhen die Therapie-treue. Rodondi plädiert auch für eine grössere Entscheidungsfreiheit: Bei Nebenwirkungen müsse man die Dosis reduzieren oder auf ein anderes Statin umstellen, so der Experte. In der Sekundärprävention liegt dieser LDL-Zielwert bei < 1,8 mmol/l, dieser gilt auch für Diabetiker mit Organschäden. In der Primärprävention orientiert man sich an einem Wert von < 2,5 mmol/l, vor allem bei bestätigter familiärer Hypercholesterinämie; dieser Zielwert ist auch für Diabetiker ohne Komplikationen anzustreben. Zum anderen sei der neue US-Risikokalkulator nicht ohne Weiteres auf die Schweiz übertragbar. In den Schweizer Richtlinien kommt nach wie vor der PROCAM-AGLA-Risikorechner bei der Berechnung des kardiovaskulären Gesamtrisikos zum Einsatz (4).

Familiäre Dyslipidämie oder sekundäre Ursachen ausschliessen

Bei Patienten, die familiäre oder sekundäre Dyslipidämien aufweisen, lässt

sich das kardiovaskuläre Risiko schlechter durch Scores ermitteln. Patienten, die klinisch durch Sehnenxanthome oder frühzeitige Gerontoxone (Arcus senilis) auffallen sowie hohe LDL-Cholesterin-Spiegel von mehr als 4,9 mmol/l aufweisen, sollten an eine mögliche familiäre Hypercholesterinämie denken lassen. Auch mögliche sekundäre Ursachen des erhöhten LDL-Cholesterins müssen eruiert werden. Dazu gehören eine Hypothyreose, ein nephrotisches Syndrom, die Cholestase, eine Anorexie, eine Schwangerschaft oder Medikamente.

Gesunder Lebensstil ist die beste Primärprävention

Lifestyle-Massnahmen bleiben das effizienteste Mittel, um das Herz-Kreislauf-Risiko primärpräventiv zu senken, so Rodondi (3). «Der Lebensstil als Präventivmassnahme bei kardiovaskulären Erkrankungen könnte an Bedeutung verlieren, wenn der Mehrheit der Bevölkerung Statinbehandlungen vorgeschlagen würden.» Zudem hätten gute Studien gezeigt, dass Lebensstiloptimierung bei Patienten mit niedrigem Gesamtrisiko zu einer mit Statinen vergleichbaren Prävention kardiovaskulärer Ereignisse führe. Während die Entscheidung für ein Statin in der Primärprävention der Meinung des Experten unterliegt, ist die Datenlage in der Sekundärprävention eindeutig: Nach einem Schlaganfall ist das Statin ein Muss; bei einer Karotisstenose gilt die Neuroprotektion beziehungsweise die Stabilisierung der Plaques durch Statine als erwiesen. ❖

Anka Stegmeier-Petroianu

Referenzen:

1. Ridker PM et al.: Statins: new American guidelines for prevention of cardiovascular disease. *Lancet* 2013; 382 (9907): 1762–1765.
2. Goff DC et al.: 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63: 2935–2959.
3. www.agla.ch/risikoberechnung/agla-risikorechner
4. Rodondi N et al.: *Schweiz Med Forum* 2014; 14 (19): 378–381.

Quelle:

Vortrag «Wann ist der Einsatz von Lipidsenkern in der Praxis nicht sinnvoll?» im Rahmen der European and Swiss Conference of Internal Medicine, ESCIM, 14. bis 16. Mai 2014 in Genf.