

Herausforderungen der Behandlung
Image



Herausforderungen in der Behandlung

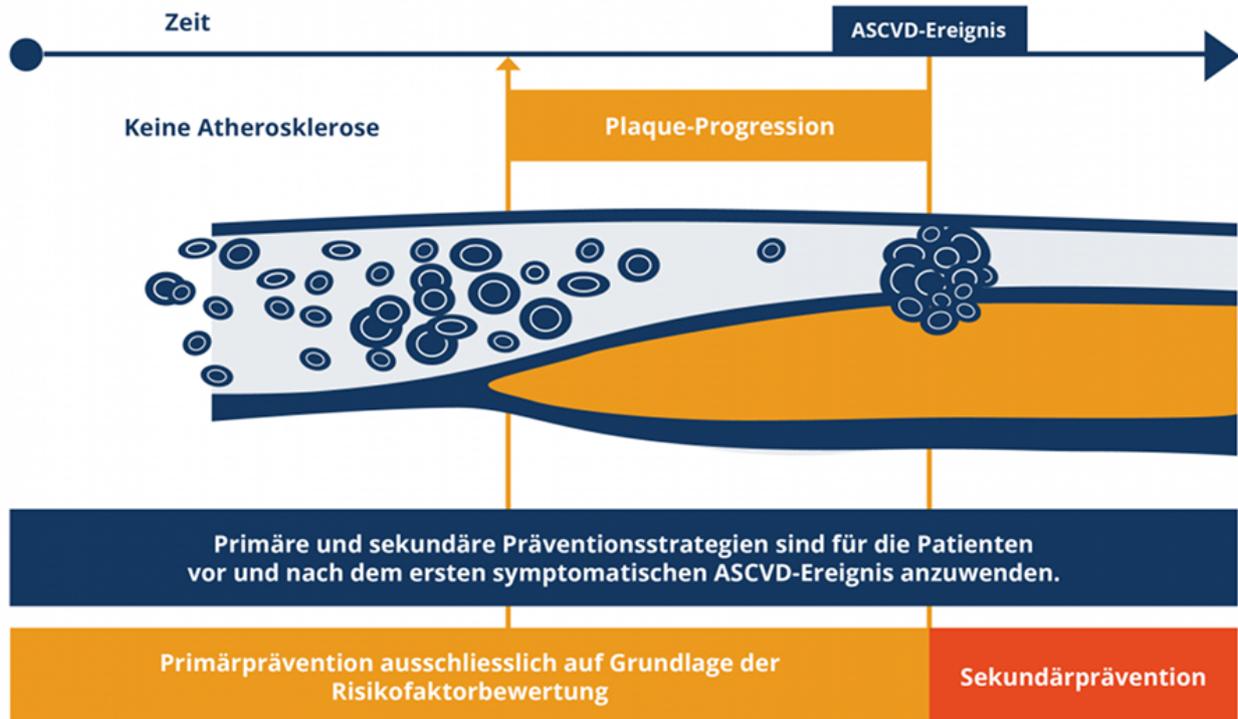
Primäre und sekundäre Prävention bei atherosklerotisch kardiovaskulären Erkrankungen (ASCVD)

Als **primäre Prävention** bezeichnet man ein frühzeitiges Management von ASCVD-Risikofaktoren (z. B. erhöhter Serumcholesterinspiegel), beginnend vor dem ersten ASCVD-Ereignis.^{1,2}

Als **sekundäre Prävention** bezeichnet man das Management von ASCVD-Risikofaktoren nach dem ersten symptomatischen ASCVD-Ereignis.^{1,2}

Image

Primär- gegenüber Sekundärprävention



Primäre und sekundäre Präventionsstrategien bei Patienten vor und nach dem ersten symptomatischen ASCVD-Ereignis. Abbildung modifiziert nach Referenz 3

Europäische DA-VINCI-Studie charakterisiert Patienten mit lipidsenkender Therapie⁴

Überblick über die die DA-VINCI-Studie:⁴



Querschnittsstudie von Patienten, die zwischen Juni 2017 und November 2018 in 18 europäischen Ländern eine lipidsenkende Therapie erhalten haben



n = 5'888 (3'000 Primärprävention und 2'888 Sekundärprävention)

Verwendung von lipidsenkenden Therapien in der DA-VINCI-Studie⁴

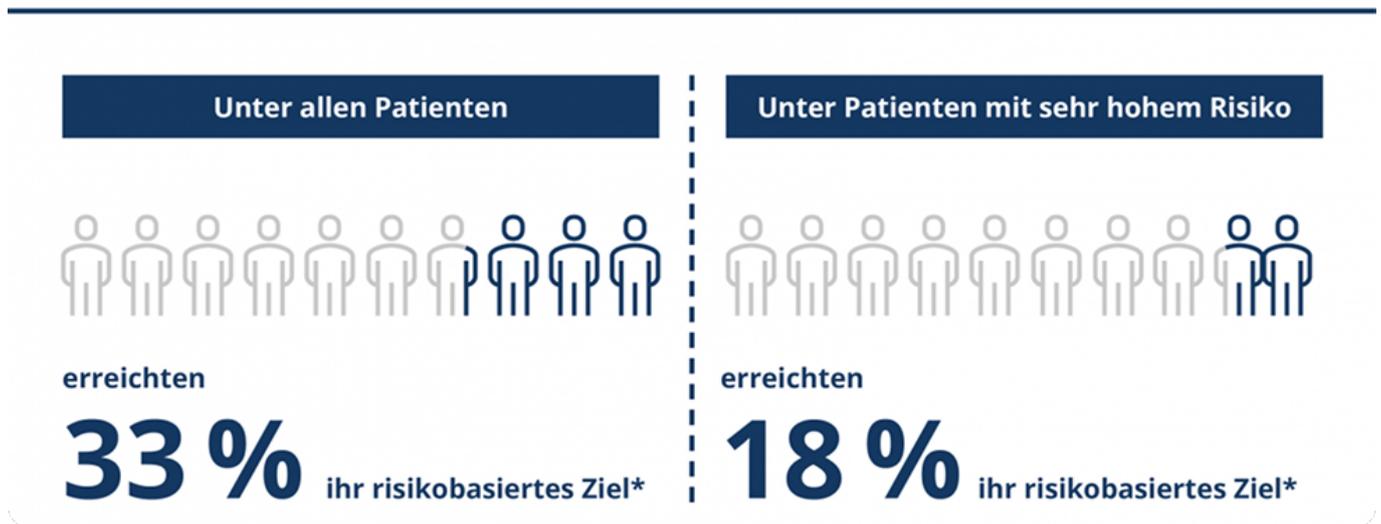
- Statine waren die Hauptstütze der Therapie
- 94 % der Patienten in der Primärprävention und 94 % der Patienten mit etablierter ASCVD erhielten ein Statin
- Die häufigste Therapie über alle Risikokategorien hinweg waren Statine mässiger Intensität als Monotherapie
- Verwendung von hochintensiven Statinen: 22 % in der Primärprävention und 42 % bei Patienten mit ASCVD
- Kombinationstherapie: Ezetimib in 9 % aller Patienten unter Statinen; PCSK9-Hemmer in 1 % aller Patienten unter Statinen und/oder Ezetimib

DA-VINCI-Studie zeigt aktuelle Lücken bei der Erreichung der LDL-C-Ziele⁴

Bei Patienten mit ASCVD war die Zielerreichung mit 2019 ESC/EAS-Leitlinien etwa halb so hoch wie 2016 ESC/EAS-Leitlinien (18 % vs. 39 %). Ca. 80 % der Patienten mit ASCVD, die Statine erhielten, erreichten ihre Behandlungsziele nicht.⁴

Image

In der DA VINCI-Studie



Zielerreichung in der DA-VINCI-Studie⁴

* 2019 ESC/EAS-*risikobasierte LDL-C-Ziele*: niedriges Risiko: < 3,0 mmol/l (116 mg/dl); moderates Risiko: < 2,6 mmol/l (100 mg/dl); hohes Risiko: < 1,8 mmol/l (70 mg/dl); sehr hohes Risiko: < 1,4 mmol/l (55 mg/dl).

Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass «selbst mit optimierten Statinen wahrscheinlich ein stärkerer Einsatz von nicht-statinbasierter-lipidsenkender Therapie erforderlich ist, um diese Lücken für Patienten mit dem höchsten Risiko zu verringern».⁴

Viele Patienten mit ASCVD erreichen die LDL-C-Ziele nicht^{5,6}

Image

Ca. 80 % der Patienten mit ASCVD, die Statine erhalten, erreichen die Behandlungsziele für LDL-C nicht (< 1,8 mmol/l (70 mg/dl))

Anteil der Patienten, die trotz Statintherapie das LDL-C-Ziel nicht erreichen

80,5 % >

Von 2012 bis 2014 in Deutschland durchgeführte retrospektive Kohortenstudie, in welcher für 3 Jahre >14'000 ASCVD-Patienten mit Statineinnahme pro Jahr bewertet wurden⁵

79,7 % >

Analyse unter Verwendung von Daten aus der NHANES*-Studie 2011-2012 zur Beurteilung von Personen mit ASCVD, die mit Statinen behandelt wurden: repräsentativ für 10,8 Millionen Personen in den USA⁶

* Etwa 80 % der Studienteilnehmer haben die LDL-C-Behandlungsziele nicht erreicht^{5,6}

*NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2012

ASCVD: atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen; **EAS:** Europäische Gesellschaft für Atherosklerose; **ECS:** Europäische Gesellschaft für Kardiologie; **LDL-C:** Low Density Lipoprotein Cholesterin; **NHANES:** National Health and Nutrition Examination Survey; **PCSK9:** Proproteinconvertase Subtilisin/Kexin Typ 9

Referenzen

1. Mach, F., et al., 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*, 2020. 41(1): p. 111-188.
2. Grundy, S.M., et al., 2018
AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 2019. 73(24): p. e285-e350.
3. Ahmadi, A., et al., From Subclinical Atherosclerosis to Plaque Progression and Acute Coronary Events: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*, 2019. 74(12): p. 1608-17.
4. Ray, K.K., et al., EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study. *Eur J Prev Cardiol*, 2020.
5. Fox, K.M., et al., Treatment patterns and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) goal attainment among patients receiving high- or moderate-intensity statins. *Clinical*

Research in Cardiology, 2018. 107(5): p. 380-88.

6. Wong, N.D., et al., Prevalence of the American College of Cardiology / American Heart Association statin eligibility groups, statin use, and low-density lipoprotein cholesterol control in US adults using the National Health and Nutrition Examination Survey 2011-2012. J Clin Lipidol, 2016. 10(5): p. 1109-18.

Novartis stellt die aufgeführten Referenzen auf Anfrage zur Verfügung.

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ch-de/herz-niere-stoffwechsel-lp/hypercholesterinaemie/herausforderungen-der-behandlung>