

Diagnose & Risikofaktoren

Image

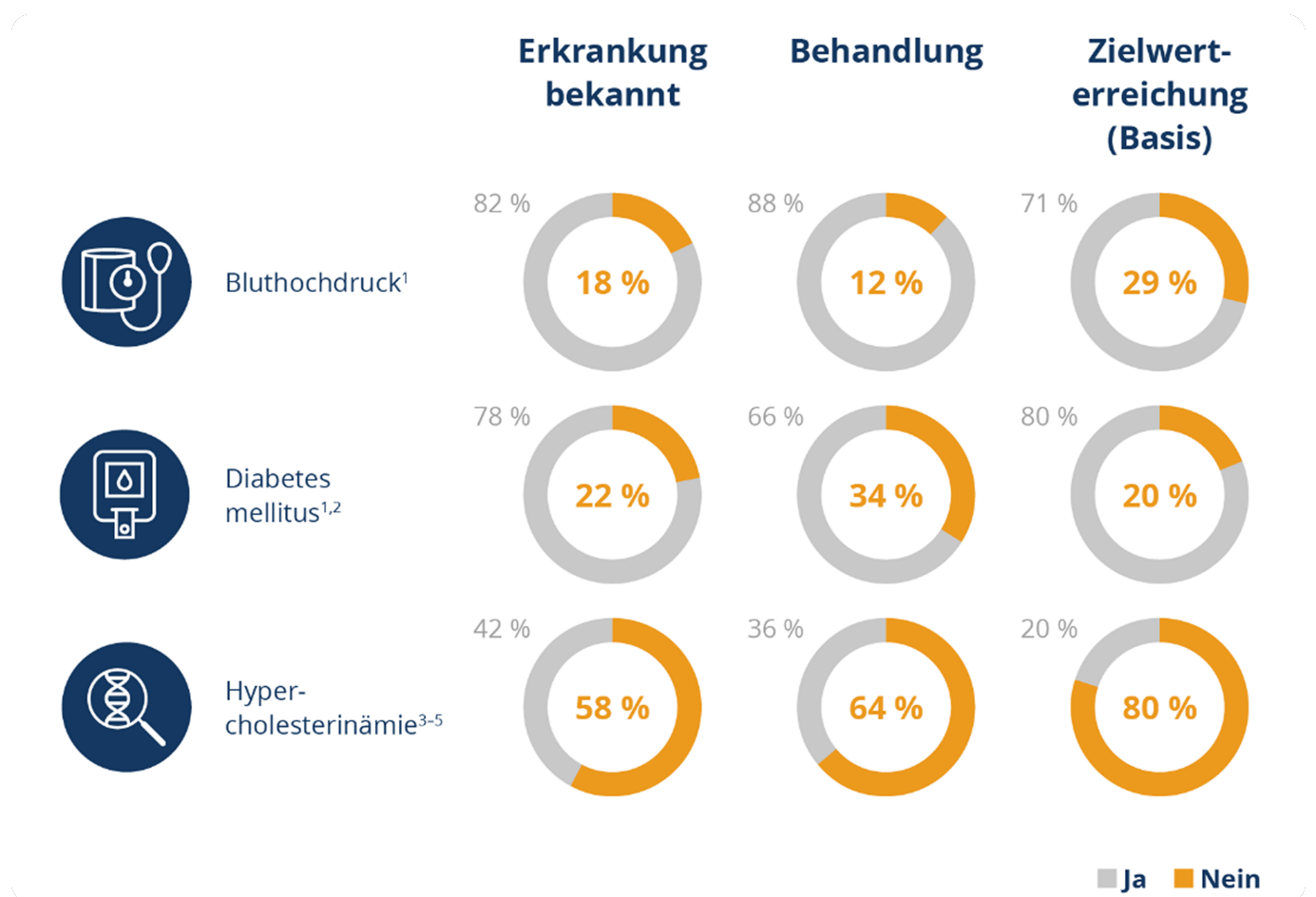


Diagnose & Risikofaktoren der Atherosklerose

Patientenidentifikation

Im Vergleich zu anderen typischen Begleiterkrankungen von Patienten mit hohem oder sehr hohem kardiovaskulärem Risiko ist die Hypercholesterinämie oftmals unterdiagnostiziert und unterbehandelt (Abb. 1).¹⁻⁵

Image



Diagnose-, Behandlungs- und Zielwerterreichung bedeutender Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse. Abbildung modifiziert nach Referenzen 1-5.

Risikofaktoren

Die meisten Fälle von ASCVD sind auf potenziell veränderbare Risikofaktoren zurückzuführen.



- Veränderbar
- Nicht veränderbar



Image

Verhaltensbezogen



Tabakkonsum



Hoher
Alkoholkonsum



Ungesunde
Ernährung



Geringe
körperliche Aktivität

Metabolisch



Bluthochdruck



Diabetes



Hypercholesterinämie



Abdominale
Adipositas

Andere



Chronische
Nierenerkrankung



Entzündliche
Krankheit



Psychosoziale
Faktoren

Veränderbare Risikofaktoren für ASCVD⁷⁻¹⁰

Image

Nicht veränderbar⁶⁻⁸



Späteres Alter



Ethnizität



Geschlecht

Genetisch



Familiengeschichte von verfrühter ASCVD



Familiäre Hypercholesterinämie
(Mutationen in den Genen LDLR,
ApoB und PCSK9)

**Erhöhtes LDL-C ist der wesentliche Risikofaktor
für die Entstehung von ASCVD¹²**

Nicht veränderbare Risikofaktoren für ASCVD⁶⁻⁸

Empfehlung zur Risikoeinschätzung

- Bei Personen ohne dokumentierte ASCVD wird eine Risikoabschätzung empfohlen, um die Entscheidungsfindung bei der Prävention von ASCVD zu unterstützen.⁶
- Patienten mit etablierter ASCVD, Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2), sehr hohen Werten bei einzelnen Risikofaktoren, CKD oder FH haben im Allgemeinen ein sehr hohes oder hohes kardiovaskuläres Gesamtrisiko und benötigen keine Risikoabschätzung.⁶
- Für scheinbar gesunde Menschen wird die Verwendung eines Risikoabschätzungssystems wie Systematic Coronary Risk Estimation (SCORE) empfohlen, um das kumulative 10-Jahres-Risiko für ein erstes tödliches atherosklerotisches Ereignis abzuschätzen.⁶

Ein berechneter SCORE von $\geq 10\%$ für das 10-Jahres-Risiko einer tödlichen kardiovaskulären Erkrankung wird als «sehr hohes Risiko» kategorisiert, äquivalent zu einer etablierten ASCVD.⁶

- Zur Berechnung des kardiovaskulären Risikos bei Patienten wird sowohl der AGLA-Risikoscore als auch der ESC-SCORE verwendet.⁶

- Patienten mit FH werden mindestens in die Hochrisikokategorie eingestuft und entsprechend behandelt.⁶
- Die klinische Verdachtsdiagnose FH kann anhand der Dutch-Lipid-Network-Kriterien (DLCN) gestellt werden.⁶

Welchen klinischen Nutzen hat eine LDL-C-Senkung?

- Eine Reduzierung des LDL-C kann das Fortschreiten des Plaque-Volumens verlangsamen oder zurückbilden und das Risiko der Entstehung eines MI verringern.¹²⁻¹³
- Eine frühere und/oder niedrigere Senkung der LDL-C-Spiegel ermöglicht einen grösseren Einfluss auf die Verzögerung des Auftretens eines CV-Ereignisses.¹³
- Jede 1-mmol/l-Reduktion von LDL-C ist mit einer 20%igen Reduktion der CV Ereignisse verbunden.¹⁵⁻¹⁷
- Intensive LDL-C-senkende Behandlung über die aktuellen Empfehlungen hinaus verhindert schwerwiegende vaskuläre Ereignisse.¹⁸
- Die LDL-C-Senkung ist ein integraler Bestandteil der ESC/EAS-Empfehlungen 2019 für die Primär- und die Sekundärprävention von ASCVD.⁶

Referenzen

1. Neuhauser, H.K., et al., Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–2011. *J Hum Hypertens*. 2015;29(4): p. 247–53.
<https://doi.org/10.1038/jhh.2014.82>.
2. Du, Y., et al., Changes in diabetes care indicators: findings from German National Health Interview and Examination Surveys 1997–1999 and 2008–2011. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015;3(1):e000135. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2015-000135>.
3. Scheidt-Nave, C., et al., Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6): p. 661–7. German.
<https://doi.org/10.1007/s00103-013-1670-0>.
4. März, W., et al., Utilization of lipid-modifying therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment in patients at high and very-high cardiovascular risk: Real-world evidence from Germany. *Atherosclerosis*. 2018;268: p. 99–107.
<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2017>.
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. *Clin Res*

Cardiol. 2018;107(5): p. 380–88. <https://doi.org/10.1007/s00392-017-1193-z>.

6. 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. 111–88.
7. 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.
8. Jernberg, T., et al., Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide reanalysis of world data demonstrate the importance of a long-term perspective. European Heart Journal, 2015. 36(19): p. 1163–170.
9. Langlois, M.R., et al., Quantifying atherogenic lipoproteins: current and future challenges in the era of personalized medicine and very low concentrations of LDL cholesterol. A consensus statement from EAS and EFLM. Clinical Chemistry, 2018. 64(7): p. 1006–33.
10. Holmes, M.V., and Ala-Korpela, M., What is 'LDL cholesterol'? Nature Reviews Cardiology, 2019. 16(4): p. 197–8.
11. <http://www.agla.ch/de/rechner-und-tools/agla-risikorechner> (aufgerufen am 7.8.2024)
12. Ference, B.A., et al., Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. European Heart Journal, 2017. 38(32): p. 2459–72.
13. Ference, B.A., et al., Impact of Lipids on Cardiovascular Health: JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol, 2018. 72(10): p. 1141–56.
14. Nicholls, M.G., Richards, A.M., and Christchurch, G., Cardioendocrine Research, Disease- monitoring of patients with chronic heart failure. Heart, 2007. 93(4): p. 519–23.
15. Cholesterol Treatment Trialists, C., et al., Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet, 2010. 376(9753): p. 1670–81.
16. Silverman, M.G., et al., Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, 2016. 316(12): p. 1289–97.
17. Wang, N., et al., Intensive LDL cholesterol-lowering treatment beyond current recommendations for the prevention of major vascular events: a systematic review and meta-analysis of randomised trials including 327 037 participants. Lancet Diabetes Endocrinol, 2020. 8(1): p. 36–49.
18. Giugliano, R.P., et al., Clinical efficacy and safety of achieving very low LDL-cholesterol concentrations with the PCSK9 inhibitor evolocumab: a prespecified secondary analysis of the FOURIER trial. Lancet, 2017. 390(10106): p. 1962–1971.

Die aufgeführten Referenzen stellt Novartis auf Anfrage zur Verfügung.

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ch-de/herz-niere-stoffwechsel-lp/hypercholesterinaemie/diagnose-risikofaktoren>