

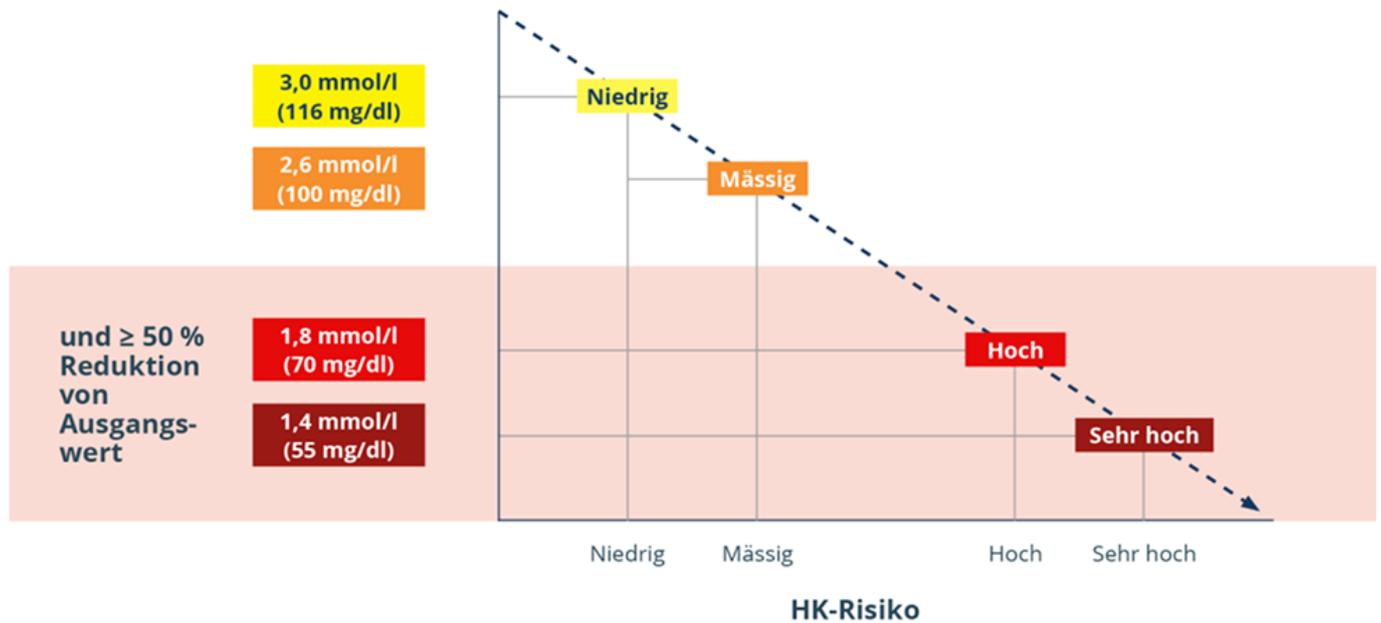
Behandlung von Atherosklerose
Image



Behandlung von Atherosklerose

Der Zusammenhang von erhöhten LDL-C-Werten und dem Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse (Major Adverse Cardiovascular Events, MACE) wurde in klinischen Studien mit über 500.000 Patienten bestätigt.^{1,2} Die aktuellen und evidenz-basierten ESC/EAS-Guidelines empfehlen nun für alle Patienten mit einem sehr hohen CV-Risiko eine mind. 50%-Reduktion des LDL-C – und zwar ab Baseline und als absolutes Behandlungsziel ein $\text{LDL-C} < 1,4 \text{ mmol/l}$ (Abb. 1).³

Behandlungsziel für LDL-C



Niedrig

- SCORE* < 1 %

Mässig

- SCORE* $\geq 1\%$ und < 5 %
- Junge Patienten (T1DM < 35 Jahre; T2DM < 50 Jahre) mit DM-Dauer < 10 Jahre ohne andere Risikofaktoren

Hoch

- SCORE* $\geq 5\%$ und < 10 %
- Deutlich erhöhte Einzelrisikofaktoren, insbesondere TC > 8 mmol/l (310 mg/dl) oder LDL-C > 4,9 mmol/l (190 mg/dl) oder BP $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne andere wesentliche Risikofaktoren
- Mässige HKH (eGFR 30-59 ml/min)
- DM ohne Zielorganschäden mit DM-Dauer über ≥ 10 Jahre oder anderer zusätzlicher Risikofaktor

Sehr hoch

- ASCVD (klinisch / bildgebend)
- SCORE* $\geq 10\%$
- FH mit ASCVD oder mit einem anderen wichtigen Risikofaktor
- Schwere CKD (eGFR < 30 ml/min)
- DM & Zielorganschäden: ≥ 3 Hauptrisikofaktoren; oder frühzeitiges Eintreten von T1DM von langer Dauer (> 20 Jahre)

Abb. 1: ESC/EAS Guidelines 2019: LDL-C-Behandlungsziele für alle kardiovaskulären Risikokategorien.³

LDL-C = LDL-Cholesterin; BD = Blutdruck; CKD = chronische Nierenerkrankung; DM = Diabetes mellitus; eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; FH = familiäre Hypercholesterinämie; PCSK9 = proprotein convertase subtilisin/kexin Type 9; SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation; DM1 = DM Typ 1; DM2 = DM Typ 2; TC = Total-Cholesterin

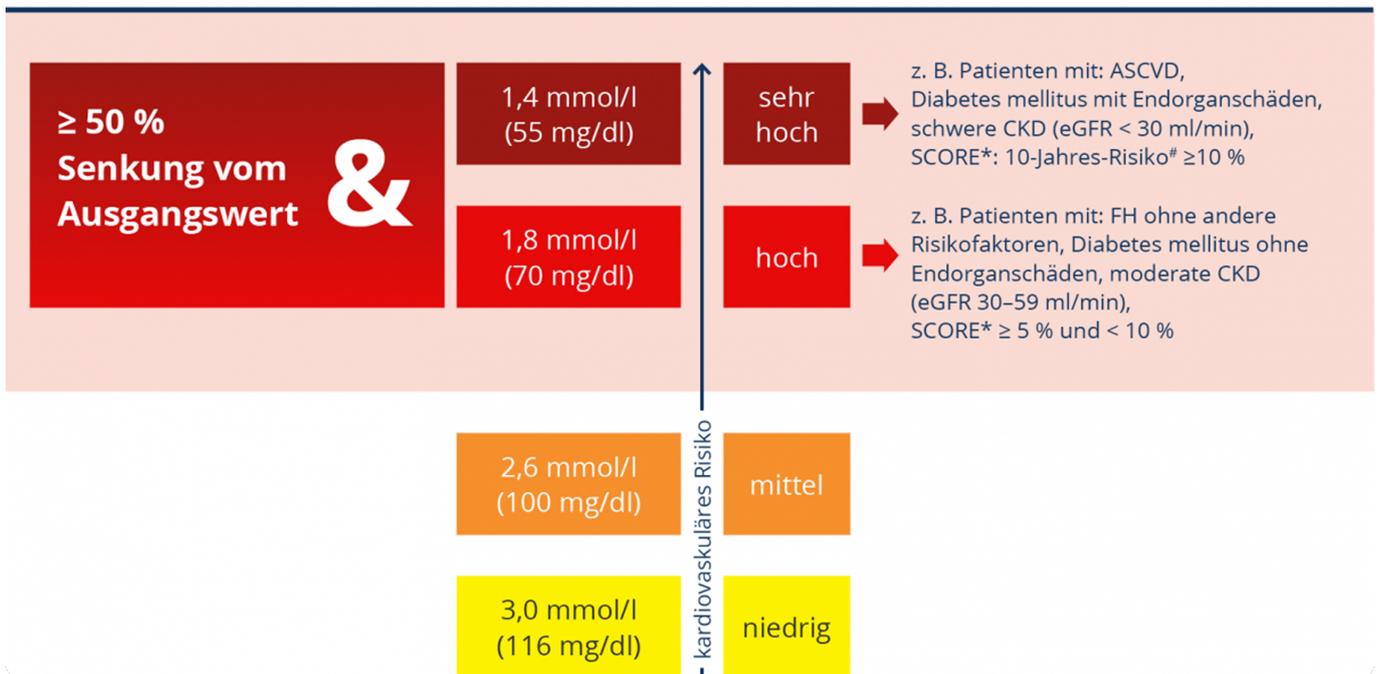
Behandlungsempfehlungen gemäss ESC/EAS-Leitlinien

Die ESC/EAS-Leitlinien von 2019 schlagen Interventionsstrategien vor, die auf dem kardiovaskulären Risiko und unbehandelten LDL-C-Werten basieren.³

Diese Leitlinien empfehlen, den LDL-C-Zielwert gemäss patientenindividuellem Risiko und LDL-C-Ausgangswert um mindestens 50 % zu senken.³

Image

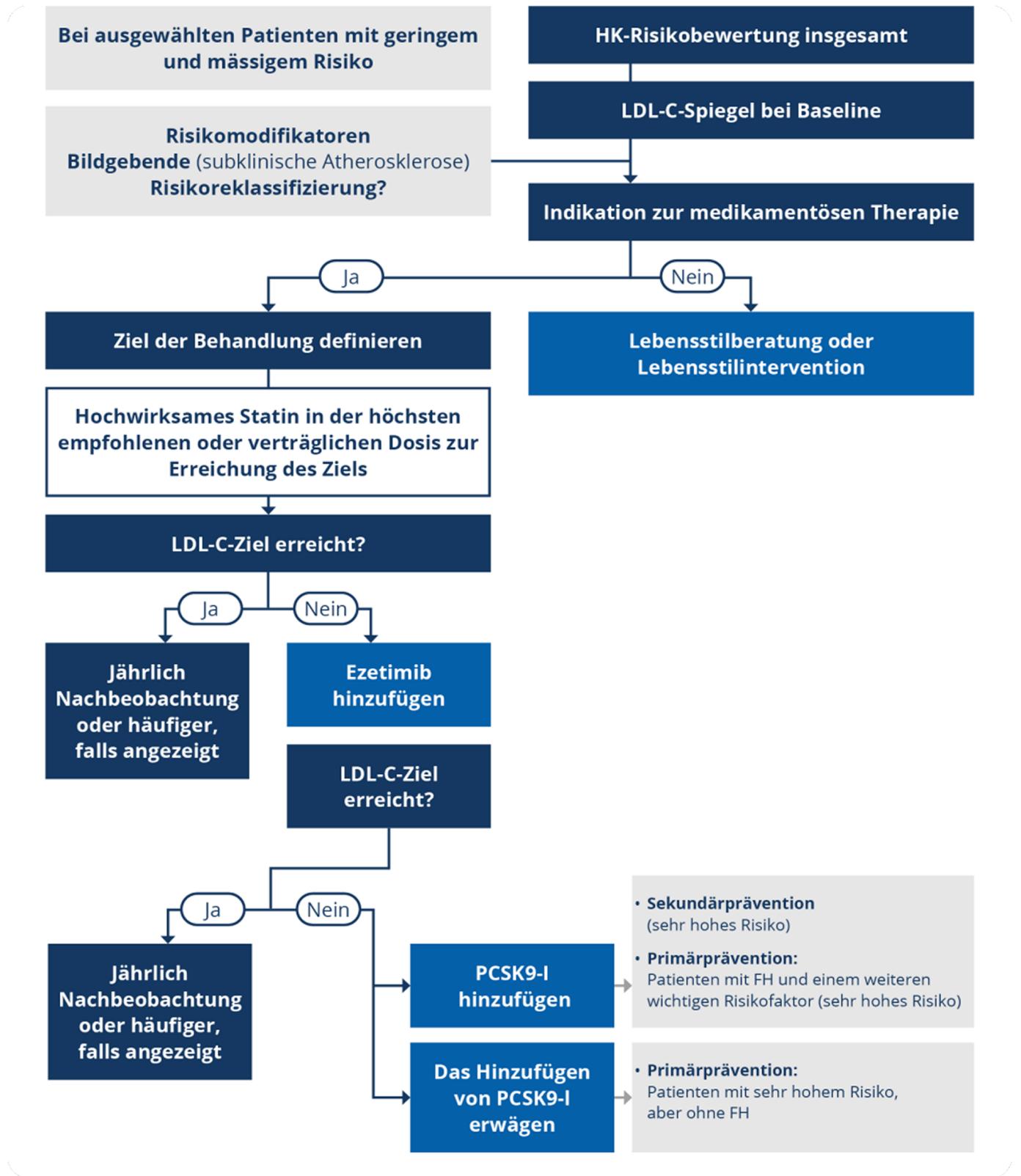
LDL-C-Zielwerte



Therapieziele für Patienten mit hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko gemäss ESC/EAS-Leitlinie

* ESC-Risikobewertungssystem, basierend auf Daten aus 12 europäischen Kohortenstudien (n = 205.178) mit Beobachtungen von > 3 Mio. Personenjahren und 7.934 tödlichen CV-Ereignissen.

Absolutes Risiko in %, innerhalb von 10 Jahren ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden.



Behandlungsalgorithmus für die LDL-C-Senkung. Abbildung modifiziert nach Referenz 3

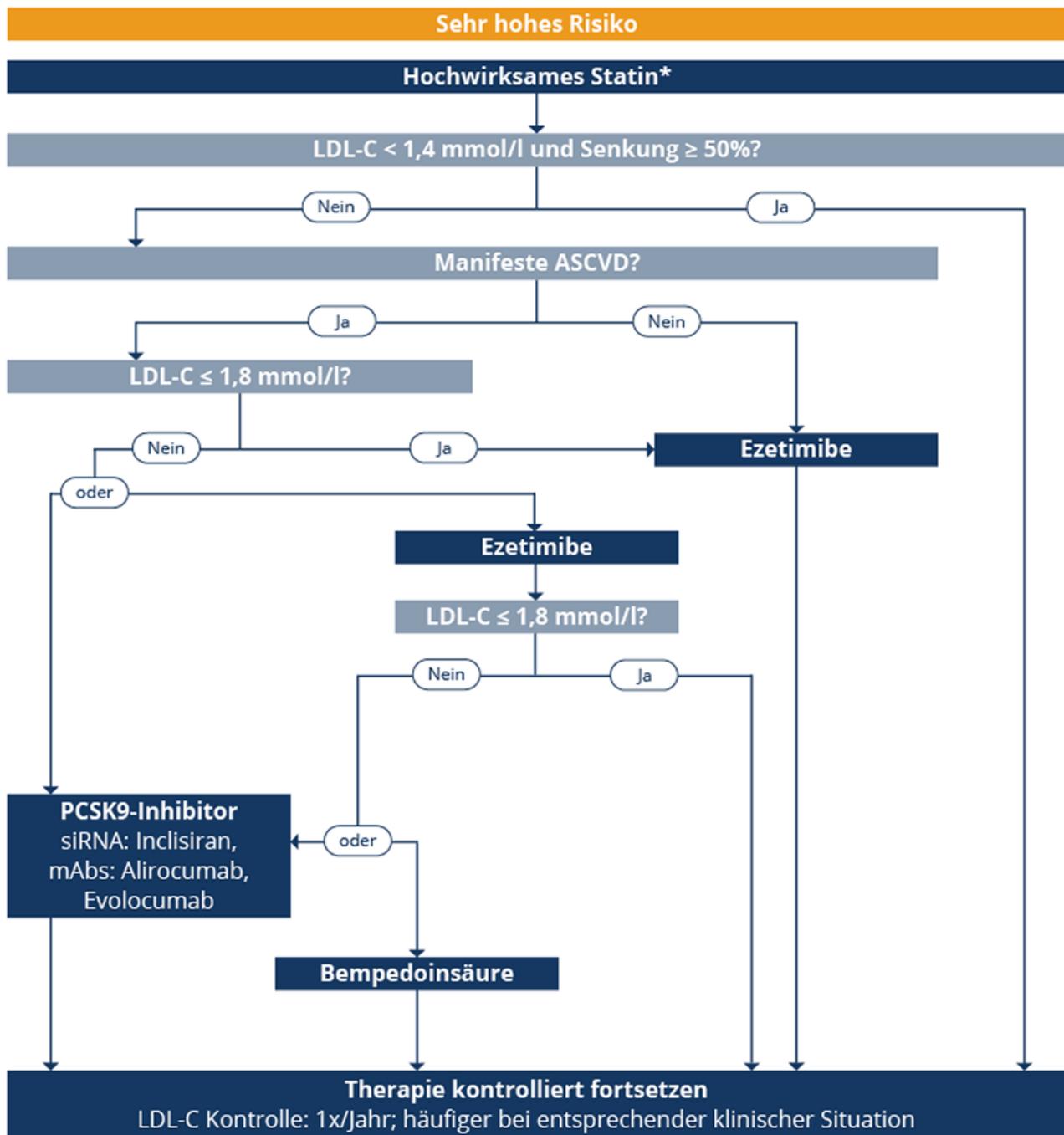
Behandlungsempfehlungen gemäss AGLA-Leitlinien

Die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) hat für 2023 ihre Empfehlungen

«Prävention der Atherosklerose» neu herausgegeben. Es gibt nun einen Risikorechner, mit dem Sie einfach und schnell das individuelle kardiovaskuläre Risiko Ihrer Patient:innen berechnen können.⁴

Wenn Ihre Patient:innen in die Kategorie mit einem sehr hohen Risiko fallen, sollte der LDL-C-Wert mit einem hochwirksamen Statin um mindestens die Hälfte und unter den Zielwert von 1,4 mmol/l gesenkt werden. Gelingt das nicht, ist die kombinierte Behandlung mit Ezetimib empfohlen. Im Falle einer nachgewiesenen manifesten atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankung (ASCVD) und einem LDL-C-Wert grösser als 1,8 mmol/l dürfen alternativ zu Ezetimib auch PCSK9-Inhibitoren (siRNA oder monoklonale Antikörper) eingesetzt werden. Nur wenn Ezetimib kontraindiziert ist, können Sie darüber hinaus statt der PCSK9-Inhibitoren Bempedoinsäure (ATP-Citrat-Lyase-Hemmer) mit der Statintherapie kombinieren.⁶

Das tatsächliche Erreichen der Zielwerte ist umso entscheidender, je mehr Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse vorliegen (manifeste atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ASCVD), familiäre Hypercholesterinämie).⁶



AGLA Behandlungsschema 2023 zur Behandlung von Patienten mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko (modifiziert nach Referenz 6).

*Rosuvastatin, Pitavastatin, Atorvastatin.

Referenzen

1. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, et al. Lancet. 2010;376(9753):1670-1681.
2. Wang N, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8:36-49.
3. 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.
4. <http://www.agla.ch/de/rechner-und-tools/agla-risikorechner> (aufgerufen am 7.8.2024)
5. <https://www.spezialitätenliste.ch>, Nilemdo[®] (Bempedoinsäure), Limitatio (aufgerufen am 7.8.2024)
6. Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA), Prävention der Atherosklerose, 2023, 9. Auflage. <https://www.agla.ch/de/empfehlungen/pravention-der-atherosklerose>

Novartis stellt die aufgeführten Referenzen auf Anfrage zur Verfügung.

Source URL:

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