

Leitlinien

BAK, DEGAM, AWMF und viele Fachgesellschaften erstellen und publizieren Leitlinien – da kann es mühsam sein, den Überblick zu behalten. Daher möchten wir Sie mit dieser Rubrik unterstützen, hinsichtlich relevanter Leitlinien auf dem Laufenden zu bleiben. Kurz und übersichtlich finden Sie eine Zusammenfassung ausgewählter Leitlinie (LL) sowie ggf. bei erneuerten Leitlinien die wichtigsten inhaltlichen Änderungen.

Thema „Dyslipidämie“

2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk) [1]

Die überarbeitete Leitlinie ersetzt die im August 2016 veröffentlichte Leitlinie. Eine Überarbeitung war notwendig, da es umfangreiche neue Studiendaten gibt.

Neu ist insbesondere der gestiegene Fokus auf eine starke Reduktion des LDL. Abhängig vom Risikopotential der Patienten werden Zielwerte von < 55mg/dL angestrebt bzw. von < 70 mg/dL. Eine 50 % Reduktion des Ausgangswertes von LDL wird ebenfalls angestrebt.

Auch die Therapie von älteren Patienten wurde neu bewertet. Für ältere Patienten ≤ 75 Jahren wird die Statingabe in der Primärprävention empfohlen (Klasse 1). Allerdings findet sich hier für die Primärprävention bei älteren Patienten ≥ 75 Jahren mit mindestens sehr hohem Risiko nur eine „Kann“-Empfehlung (Klasse IIb). Die Daten basieren auf einer nicht randomisierten Studie [2], in der zudem Patienten ausgeschlossen waren, die häufig eingesetzte Wirkstoffe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen hatten (z.B. Thrombozytenaggregationshemmer oder ACE-Hemmer).

Abhängig von den Erfolgen einer Statintherapie in der Primär- und Sekundärprävention, hier lautet die Empfehlung zur maximal tolerierten Dosierung, sollte Ezetimib bei unzureichender Wirkung in Kombination gegeben werden. Eskalierend oder bei Unverträglichkeiten findet sich jetzt die Empfehlung auch für einen PCSK9-Hemmer (Empfehlung Grad I).

Aufgenommen wurde eine Empfehlung (Grad II bei Hypertriglycerinämie) für hochdosierte Eicosapentaensäure (EPA)-Ethylester. Diese ist jedoch aktuell nur im US-amerikanischen Ausland als Diätadjuvanz zugelassen bei Triglyceridwerten ≥ 500mg/dl. In Deutschland sind aktuell nur Kombinationspräparate aus EPA und Docosahexaensäure (DHA) verfügbar. Diesen wurde jedoch aufgrund eines fehlenden Wirksamkeitsnachweises zur Sekundärprophylaxe nach Herzinfarkt die Zulassung in dieser Indikation von der EMA in 2019 entzogen [3].

Hingewiesen wird darauf, dass eine echte Statin-Unverträglichkeit eher selten ist. Meist können Nebenwirkungen durch eine Dosisreduktion (ggf. Kombination mit Ezetimib) oder einen Substanzwechsel vermieden werden.

Die Leitlinie enthält ausführlichere Beschreibungen der Wirkstoffe/-gruppen. Bei den Statinen wird auch auf die Interaktionsrisiken eingegangen (u.a. mit Clarithromycin,

Amiodaron, Amlodipin). Es finden sich Bewertungen weiterer Substanzen/-gruppen in der Leitlinie wie z.B. für Nikotinsäure, Fibrate, Mipomersen und Lomitapid.

Allgemeine Informationen zur Dyslipidämie

Die Leitlinie enthält Tabellen zur Risikoberechnung für eine tödliche Herz-Kreislauf-Erkrankung (binnen 10 Jahren/SCORE). Hierbei wird der systolische Blutdruck einberechnet, das Geschlecht, das Gesamtcholesterin sowie der Risikofaktor „Rauchen“ und das Patientenalter (Abb. 1 und 2 in [1]). Die Tabellen beziehen sich auf verschiedene Risikoregionen in Europa, z.B. wird für Deutschland oder Frankreich ein niedrigeres Risiko angenommen als beispielsweise für Polen oder Rumänien. Weitere Faktoren, die das Risiko modifizieren sind z.B. Adipositas, physische Inaktivität, Fettleber oder psychosozialer Stress.

Zentrale Bedeutung hat eine Lifestyle-Modifikation (Tab. 8 in [1]). Diese wird als Basistherapie empfohlen. Hierzu gehören u.a. eine patientenindividuelle Diät (z.B. Vermeidung von gesättigten und Transfettsäuren, Ballaststoffe), Raucherentwöhnung, Alkoholreduktion, Gewichtsreduktion und Bewegung. Eine Übersichtstabelle über zu bevorzugende und zu vermeidende Lebensmittel unterstützt die Lifestyle-Modifikation (Tab. 9 in [1]).

Merke für die Apothekenpraxis:

Der Apotheker kann eine cholesterinsenkende Arzneimitteltherapie unterstützen. Zum einen kann er den Patienten – insbesondere bei einer Hochdosistherapie mit Statinen – über mögliche Nebenwirkungen aufklären, bei denen umgehend der Arzt aufzusuchen wäre. Auch verursachen viele Statine Interaktionen, hier kann der Apotheker durch einen Interaktionscheck präventiv Risiken vermeiden. Auch ist der Apotheker meist niederschwelliger Ansprechpartner, wenn es um eine Lifestyle-Modifikation geht. Er kann durch Empfehlungen z.B. von Nikotinersatzprodukten (wie Nikotinplaster) oder diätunterstützende Produkte den Patienten unterstützen.

Sie finden die Leitlinien und Literaturquellen unter:

[1] Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk; European Heart Journal (2020) 41,111-188

[2] Giral P et al. Cardiovascular effect of discontinuing statins for primary prevention at the age of 75 years: a nationwide population-based cohort study in France; European Heart Journal (2019) 43, 3516-3525

[3] EMA. EMA confirms omega-3 fatty acid medicines are not effective in preventing further heart problems after a heart attack; Press release from 29.03.2020 unter <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-confirms-omega-3-fatty-acid-medicines-are-not-effective-preventing-further-heart-problems-after>; letzter Aufruf am 24.03.2020