

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Aktuelles: Lipidkonsensus 2010 -

**Ein Meilenstein in der
Österreichischen Medizin**

Toplak H

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2011; 18

(5-6), 229-230

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pacherneegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Aktuelles: Lipidkonsensus 2010 – Ein Meilenstein in der Österreichischen Medizin

H. Toplak

■ Einleitung

Die Medizin ist dafür bekannt, dass Ärzte grundsätzlich verschiedener Meinung sind und dies auch gerne zum Ausdruck bringen. Dies wird von Fachpersonen aller Art gerne genutzt, um eigene Gedanken und Interessen prominent zu positionieren. Die evidenzbasierte Medizin liefert heute durch große Studien belegte und vielfältige Informationen, die in zahllosen Leitlinien münden. Bedeutsam können Leitlinien aber nur sein, wenn sie interdisziplinär ausdiskutiert sind und damit auf verschiedenste Gesichtspunkte eingehen. Solche fachübergreifenden Leitlinien sind folglich naturgemäß eine Seltenheit, da sie immer auch ein Abgehen von der eigenen Position bedeuten. Dies ist mit dem 2010 erschienenen „Lipidkonsensus“ [1] von 8 Fachgesellschaften gelungen, womit die Grundlage für eine einheitliche antiatherosklerotische Therapie in Österreich gelegt worden ist.

■ Basis des Lipidkonsensus

Die Atherosklerose ist eine in der Regel langsam verlaufende Erkrankung, die in erster Linie von den Hauptrisikofaktoren Blutfette, Blutdruck, Nikotinkonsum und Blutzuckerstoffwechsel bestimmt wird. Andere Faktoren, die vor allem mit dem viszeralen Fett assoziiert sind, wie Lp(a), subklinische Inflammation, prothrombotische Faktoren und andere klinisch messbare Parameter wie der ABI treten hinzu (siehe Originalpublikation Punkt 5: „Risikomodifizierende Faktoren“). Nicht alles kann und muss man in der Praxis messen;

sind solche Faktoren bekannt, kann dies aber zur Klassifikationsverbesserung des individuellen Risikos beitragen. Goldstandard bleibt schließlich die Beurteilung vorbestehender, vor allem organischer Morbiditäten (Tab. 1), die sich im Verhältnis zu alten Betrachtungen deutlich erweitert haben. So werden heute zerebrovaskuläre Erkrankungen, PAVK und Nephropathien viel ernster genommen als früher.

Aus der Risikokategorie leitet sich die Zielorientierung der Therapie ab. Dabei wird das LDL-C genutzt, bei gemischten Hyperlipidämien auch das geeignetere Non-HDL-C. Je höher das beschriebene Risiko, desto tiefer der anzustrebende Zielwert, aber auch der LDL-C-Schwellenwert zur Einleitung der Therapie (Tab. 2).

■ Durchführung der Therapie

Die Einleitung einer medikamentösen Therapie wird heute primär durch ein Statin erfolgen, es sei denn, die Triglyzeriderhöhung steht stark im Vordergrund. Darüber hinaus wird der Zielwerterreichung gegenüber der Standarddosierung eindeutig der Vorrang eingeräumt. Dies stützt sich auf die Studienlagen der vergangenen Jahre. Zu beachten ist, dass die relative LDL-C-Senkung der Lipidsenker unterschiedlich ist und Grünbox-Statine in der Regel eine weniger als 40%ige LDL-C-Senkung erreichen, potentere Statine wie Rosuvastatin und Atorvastatin (in der Hochdosis) deutlich jenseits der 50 % (je nach Studie). Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass selbst eine Senkung des LDL-C auf < 100 bzw.

Tabelle 1: Optionen zur Abschätzung des vaskulären Risikos

Risikokategorie	RF*	SCORE (10-Jahre-Risiko)	Framingham (10-Jahre-Risiko)	Vaskuläre Morbidität
Sehr hoch				Akutes Koronarsyndrom Stabile KHK + Typ-2-Diabetes Stabile KHK + Metabolisches Syndrom PAVK ^(a) Progrediente od. rezidivierende KHK trotz LDL-C < 100 mg/dl
Hoch	> 2	≥ 5 %	> 20	KHK Zerebrovaskuläre Erkrankung ^(b) Typ-2-Diabetes Typ-1-Diabetes + Alter > 40 Jahre Nephropathie
Mittel	2	3–4 %	10–20 %	
Niedrig	0–1	(meist 0–2 %)	(meist < 10 %)	

* RF = Risikofaktoren/-marker

^(a) Die Forderung eines LDL-C-Ziels von < 70 mg/dl bei PAVK gründet auf dem vaskulären Höchstisiko dieser Patientengruppe. Der protektive Nutzen einer Statintherapie in dieser Indikation ist durch Studien bislang nicht klar definiert.

^(b) Studien zeigen, dass der ischämische Schlaganfall auf Basis einer Atherosklerose der hirnversorgenden Gefäße mit einem sehr hohen vaskulären Risiko assoziiert ist. Unter Berücksichtigung der Gefäßsituation (z. B. symptomatische intrakranielle Gefäßstenose, progrediente Karotisstenose, hochgradige komplexe Plaques der Aorta ascendens) ist eine Zuordnung in die Risikokategorie „sehr hoch“ begründet, wenn auch – wie bei der PAVK – der protektive Nutzen einer Statintherapie durch Studien bisher nicht klar definiert wurde.

Tabelle 2: LDL- und Non-HDL-Zielwerte in Abhängigkeit von der kardiovaskulären Risikokategorie

Risikokategorie	LDL-C-Zielwert	Non-LDL-C-Zielwert* (bei TG > 200 mg/dl)	LDL-C-Schwellenwert für die Einleitung einer medikamentösen Therapie
Sehr hoch	< 70 mg/dl	< 100 mg/dl	> 70 mg/dl
Hoch	< 100 mg/dl	< 130 mg/dl	> 100 mg/dl**
Mittel	< 130 mg/dl***	< 160 mg/dl	> 130 mg/dl
Niedrig	< 160 mg/dl	< 190 mg/dl	> 190 mg/dl

* $\text{Chol}_{\text{Non-HDL}} = \text{Chol}_{\text{gesamt}} - \text{Chol}_{\text{HDL}}$

** Bei Patienten mit manifester KHK oder zerebrovaskulärer Atherosklerose oder mit Typ-2-Diabetes ist eine Statin-Therapie, mindestens in Standarddosierung, bei LDL-C > 70 mg/dl immer indiziert.

*** Im Einzelfall (vor allem bei Personen mit ausgeprägtem Metabolischem Syndrom) kann es sinnvoll sein, eine LDL-C-Absenkung auf < 100 mg/dl anzustreben.

< 70 mg/dl (Tab. 2) bei zu erwartender 30–50%iger Risikosenkung ein 50–70%iges Residualrisiko hinterlässt. Hier werden HDL-C und Triglyzeride zum sekundären Zielparameter. Therapien der Wahl werden hier Nikotinsäure und Fibrate, deren spezifische Vor- und Nachteile in der Therapie bekannt sind. Nikotinsäure zeichnet sich durch Senkung der Triglyzeride und Steigerung des HDL-C, aber auch durch eine zusätzliche LDL-C-Senkung und Lp(a)-Senkung aus. Sie wird in der Regel komplikationslos mit Statinen kombiniert (mögliche Nebenwirkung: Flush, deutlich seltener in Kombination mit Flush-Hemmer). Fibrate werden bei primären Hypertriglyzeridämien mit niedrigem HDL-C oft bevorzugt, da sie weniger Nebenwirkungen haben, sie sind aber wieder schlechter mit Statinen kombinierbar (obwohl die Rhabdomyolysegefahr gering ist).

■ Fachspezifika

Der Lipidkonsensus zeichnet sich auch durch Subkapitel aus, in denen einige Fachgesellschaften spezifische Anliegen zum Ausdruck bringen, die den Fluss des übrigen Textes verringert hätten.

In der Kardiologie kommt dem akuten Koronarsyndrom eine besondere Bedeutung zu, da hier die Risikosenkung durch potente Hochdosis-Statintherapie besonders gut dokumentiert ist.

Patienten mit zerebrovaskulären und Nierenerkrankungen weichen etwas vom generellen Trend ab: Für die zerebrovaskulären Erkrankungen gibt es eigentlich nur eine Studie mit einem potenten Hochdosis-Statin, weswegen niedriger dosierte Statin-Therapien abgelehnt werden. In der Nephrologie wiederum sind die Daten für eine Statin-Therapie bei ausgeprägter Niereninsuffizienz nicht ganz so eindeutig.

Bei den Diabetikern sind wie im letzten Konsensus 2007 die Kriterien des Hochrisikos anzuwenden. Beim Metabolischen Syndrom geht man konsequenterweise einen ähnlichen Weg, die viszerale Fettverteilung bekommt hier einen hohen Stellenwert.

Im letzten Kapitel wird noch die subklinische Inflammation angesprochen: Patienten mit Metabolischem Syndrom und subklinischer Inflammation (repräsentiert durch CRP) scheinen auch bei niedrigen Fettwerten überproportional zu profitieren. Hier sind neuere Daten über die spezifische Wertigkeit der Prädiktion beim Einzelpatienten abzuwarten, aber die dargestellten Ergebnisse sind vielversprechend.

■ Fazit

Die Patienten in Österreich können stark davon profitieren, wenn der „Lipidkonsensus 2010“ auch so umgesetzt wird. Früheres Einleiten der Therapie in der Primärprävention (JEDER mit einem LDL-C über 190 mg/dl ist Therapiekandidat) und aggressiveres, eventuell kombiniertes Therapieren insbesondere in der Sekundärprävention sollten den Schlüssel für eine größere Behandlungseffizienz und damit bessere Erfolge bei den betroffenen Patienten bilden.

Literatur:

1. Österreichischer Lipidkonsensus 2010. MedMedia Verlag, Wien. http://www.medmedia.at/media/sidebar/Lipidkonsensus_2010.pdf (Zuletzt gesehen: 18.03.2011)

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak
Universitätsklinik für Innere Medizin
A-8036 Graz
Auenbruggerplatz 15
E-Mail: hermann.toplak@medunigraz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung