

LAB Letter

News aus der Praxis Klein Schmitt & Partner

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner

Brüsseler Straße 1 · 67657 Kaiserslautern
Tel.: (0631) 30324-0 · Fax: (0631) 30324-112
E-Mail: info@lab-kl.de · Internet: www.lab-kl.de

Nr. 32 / Juni 2017

LDL-Cholesterin Zielwerte

Das LDL-Cholesterin ist bei den meisten Strategien im Rahmen einer Behandlung von Dyslipidämien primäres Therapieziel. Zur Empfehlung für LDL-C-Zielwerte gibt es dabei unterschiedliche Leitlinien. Anders als die kardiologischen US-Fachgesellschaften ACC und AHA, die allen Menschen mit erhöhtem Herz-Kreislauf-Risiko unabhängig von ihren Cholesterinwerten zu einer Statintherapie raten, halten die europäischen Fachgesellschaften ESC (European Society of Cardiology) und EAS (European Atherosclerosis Society) an LDL-Zielwerten fest. Im August 2016 haben sie ihre Empfehlungen aktualisiert.

Da atherosklerotische Gefäßerkrankungen in der Regel das Produkt aus vielen Risikofaktoren sind, steht am Anfang einer Festlegung von LDL-Zielwerten die Bestimmung des individuellen kardiovaskulären Risikos des Patienten. Dieses Risiko kann mit einem SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) errechnet werden. Die verbreitetsten SCORE-Systeme sind der ESC-SCORE und der PROCAM-SCORE (Prospective Cardiovascular Munster Study). Mithilfe der ESC-SCORE-Charts lässt sich das 10-Jahre-Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis ermitteln. Eine solche Risikobestimmung wird bei asymptomatischen Erwachsenen im Alter über 40 Jahre ohne kardiovaskuläre Erkrankung, Diabetes mellitus, Nierenerkrankung oder familiäre Hypercholesterinämie empfohlen.

Bei Patienten mit bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen (CVD),



Typ 2-Diabetes mellitus, Typ 1-Diabetes mellitus mit Organschäden, individueller Häufung mehrerer Risikofaktoren wie Hypertonie und Dyslipidämie erübrigt sich die SCORE-Bestimmung. Diese Personen fallen automatisch in die Kategorie „sehr hohes kardiovaskuläres Risiko“; ebenso Patienten mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) mit einer GFR < 30 ml/min.

Niereninsuffiziente mit einer GFR von 30-59 ml/min fallen in die Kategorie „hohes kardiovaskuläres Risiko“.

Behandlungsziele für LDL-Cholesterin laut aktualisierter Leitlinien der ESC und EAS vom August 2016

Kardiovaskuläres Risiko	Geltungsbereich	LDL-Cholesterin-Zielwert
Sehr hoch	ESC-SCORE ≥ 10 und/oder Patienten mit CVD, Typ 2-Diabetes mellitus, Typ 1-Diabetes mellitus mit Organschäden, GFR < 30 ml/min	< 70 mg/dl und/oder LDL-C Senkung von $\geq 50\%$, wenn das primäre Therapieziel nicht erreicht werden kann.
hoch	ESC-SCORE 5 – 9 und/oder Patienten mit GFR 30-59 ml/min	< 100 mg/dl und/oder LDL-C Senkung von $\geq 50\%$, wenn der Ausgangsbereich zwischen 100 mg/dl und 200 mg/dl liegt.
Niedrig oder mäßig erhöht	ESC-SCORE < 1 ESC-SCORE 1-4	< 115 mg/dl

Der Referenzwert für Gesunde ohne Risikofaktoren entspricht mit < 115 mg/dl dem der Risikogruppe „niedrig bis mäßig erhöht“. **Aus diesem Grund werden wir unseren Referenzwert ab dem 01.06.2017 entsprechend ändern.**

US-Endokrinologen (AACE und ACE) halten dagegen einen Referenzwert von < 130 mg/dl für Gesunde ohne Risikofaktoren für ausreichend. In deren neuester Leitlinie vom Mai 2017 werden fünf Risikogruppen unterschieden, darunter eine Hoch-Risikogruppe, bei denen der LDL-Wert auf unter 55 mg/dl gesenkt werden sollte.

Es sind demnach unterschiedliche Leitlinien mit unterschiedlichen Zielvorgaben für den LDL-C-Wert vorhanden. Von manchen Ärzten werden auch noch ältere Leitlinien, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DKG) verwendet. Kein Konzept ist dabei „evidenzbasiert“, da randomisierte Studien fehlen, in denen die klinischen Auswirkungen einer therapeutischen Einstellung auf unterschiedliche LDL-Zielwerte untersucht wurden. Trotzdem wird an Zielwerten festgehalten, da deren Verwendung die Kommunikation von Arzt und Patient während einer Therapie oder bei der Aufforderung zur Umstellung der Lebensgewohnheiten erleichtert.

In den aktuellen ESC-Leitlinien gehört der Verzicht auf das Rauchen, mehr körperliche Bewegung (2,5 bis 5 Stunden /Woche), ein Body-Mass-Index von 20-25 kg/m², eine schlanke Taille (Männer < 94 cm, Frauen < 80 cm), ein RR $< 140/90$ und ein HbA1-c Wert $< 7\%$ zu den Empfehlungen für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Darüber hinaus wird eine mediterrane Kost mit viel Gemüse, Obst, Fisch, Olivenöl und Nüssen empfohlen. Als Medikamente zum Erreichen der LDL-Zielwerte werden weiterhin Statine als Mittel der Wahl gesehen. Die Kombination mit Ezetimib könnte die LDL-C-Werte um weitere 15-20% senken. Die neu eingeführten PCSK9-Inhibitoren werden als Reservemedikamente angesehen.

Literatur:

- ¹ 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias, European Heart Journal (2016), 2999-3058
- ² L. Thomas, Labor und Diagnose, 8. Aufl., 2012, S. 262ff.
- ³ Cholesterin: Europäische Leitlinie hält an Zielwerten fest, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70252/Cholesterin-Europaeische-Leitlinie-haelt-an-Zielwerten-fest> (Stand:29.08.2016)
- ⁴ Cholesterin: US-Endokrinologen halten an Zielwerten fest, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74586/Cholesterin-US-Endokrinologen-halten-an-Zielwerten-fest> (Stand:08.05.2017)