

Vorhofflimmern und Dyslipidämie

Management kardiovaskulärer Risikofaktoren

Kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Vorhofflimmern und Dyslipidämie sind häufige medizinische Probleme, die zudem mit steigendem Alter noch an Bedeutung zunehmen. Zwei Kardiologen fassten in einem Symposium die wichtigsten Punkte zum Management dieser beiden Erkrankungen zusammen. Während beim Vorhofflimmern zur Schlaganfallprophylaxe direkte orale Antikoagulanzen wie Edoxaban (Lixiana®) in internationalen Richtlinien an erster Stelle stehen, kommen bei einer Dyslipidämie Statine, allenfalls in Kombination mit Ezetimib und PCSK9-Inhibitoren, zum Einsatz.

«Analysen zur Altersverteilung in der schweizerischen Bevölkerung zeigen, dass der Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung über die Jahre zugenommen hat», erklärte Dr. med. Matthias Bossard, Kantonsspital Luzern. «So haben wir mittlerweile einen hohen Anteil an Personen im Alter von über 40 Jahren und dieser Anteil wird in den nächsten 20 bis 30 Jahren eher noch zunehmen», sagte er. Mit zunehmendem Alter nehmen aber auch die Häufigkeit medizinischer Probleme zu.

«Dabei handelt es sich nicht nur um kardiovaskuläre Erkrankungen, sondern auch um Stoffwechselstörungen, Demenz, Osteoporose und so weiter», beschrieb er. Als Kardiologe kümmere er sich primär ums Herz, trotzdem dürfe der Gesamtblick nie verloren gehen.

Wenn der Puls absolut arrhythmisch wird

In seinen weiteren Ausführungen ging Dr. Bossard auf das Thema Vorhofflimmern (VHF) ein, dessen Diagnose auf dem Nachweis der entsprechenden EKG-Veränderungen, primär in der Hausarztpraxis, beruht (1). Er wies darauf hin, dass die Zahl an Patienten mit VHF in den letzten Jahren zugenommen hat. Dies sei jedoch nicht ausschliesslich altersbedingt. «Das hängt auch damit zusammen, dass Risikofaktoren für ein Vorhofflimmern, wie z.B. Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz, eine eingeschränkte Nierenfunktion, Schlafapnoe, Rauchen und Übergewicht immer häufiger auftreten.» Auch solche Faktoren sollten daher im Zusammenhang mit dem Management des VHF, soweit modifizierbar, therapeutisch angegangen und kontrolliert werden.

Erhöhtes Thromboembolierisiko – auch ohne Symptome

Bereits seit vielen Jahren ist bekannt, dass Patienten mit VHF ein 5-fach erhöhtes Risiko für Schlaganfälle aufweisen (2). Es wird geschätzt, dass 15% aller Schlaganfälle durch VHF verursacht werden (3). «Man muss sich bewusst sein, dass ein Vorhofflimmern in vielen Fällen asymptomatisch ist. Nur weil ein Patient keine Beschwerden wie z.B. Palpitationen hat, heisst das aber noch lange nicht, dass er ein geringeres Risiko für Thromboembolien hat», betonte Dr. Bossard.

Neben einem erhöhten Risiko für ein VHF bei älteren Patienten ist auch der Verlauf dieser Erkrankung bei dieser Patientengruppe schlechter. «Ältere Patienten erhalten seltener eine Antikoagulation, weil sich viele vor einem erhöhten Blutungsrisiko, zum Beispiel im Zusammenhang mit einem Sturz, fürchten», erklärte der Kardiologe. «Oft überwiegt der Benefit einer Antikoagulation das Risiko, das mit einem Sturz einhergehen könnte», betonte er. Untersuchungen konnten zeigen, dass selbst Patienten mit einem erhöhten Sturzrisiko unter oraler Antikoagulation kein signifikant erhöhtes Risiko für schwere Blutungen aufwiesen (4). Um modifizierbare Faktoren für ein erhöhtes Blutungsrisiko zu erfassen, empfehlen die aktuellen Richtlinien der European Society of Cardiology (ESC), den HAS-BLED Score einzusetzen (1).

Direkte orale Antikoagulantien sind Erstlinientherapie

Die Entscheidung für oder gegen eine Antikoagulation bei nvVHF* erfolgt basierend auf dem CHA₂DS₂-VASc Score (1). Mit seiner Hilfe lässt sich das Risiko für eine Thromboembolie abschätzen. Ab einem Score von

ENGAGE-AF-TIMI 48 Trial: Edoxaban vs. Warfarin

– Direkte orale Antikoagulantien (DOAK) senken das Blutungsrisiko

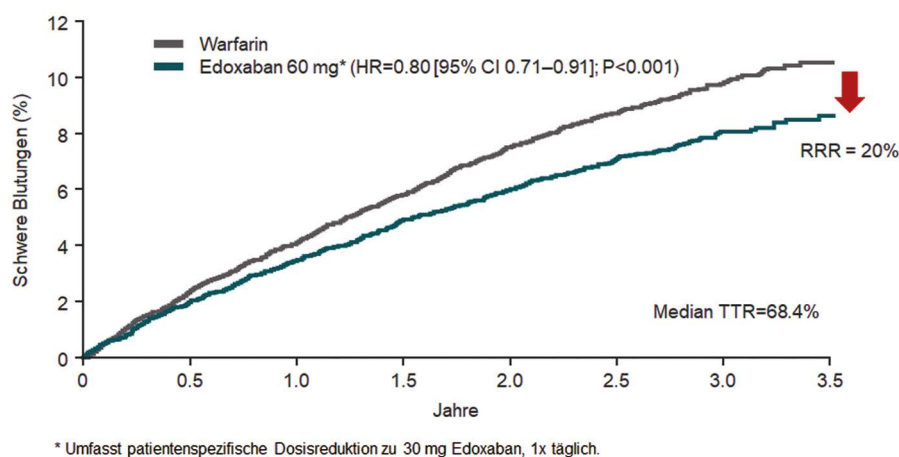


Abb. 1: Kaplan-Meier Kurve des primären Sicherheitsendpunktes der ENGAGE-AF-TIMI-48 Studie (5).

≥ 1 bei Männern und ≥ 2 bei Frauen sollte eine orale Antikoagulation in Betracht gezogen werden, ab Scores von ≥ 2 bei Männern und ≥ 3 bei Frauen ist diese empfohlen. Gemäss ESC Guidelines sind dabei die direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) den Vitamin-K-Antagonisten vorzuziehen (Klasse I, Level A) (1). Edoxaban, ein direkter Hemmer des Faktors Xa, war in der ENGAGE AF-TIMI 48 Studie im Vergleich zu Warfarin nicht unterlegen bezüglich der Verhinderung von Schlaganfällen. Das relative Risiko für eine Blutung wurde um 20% gesenkt (Abb. 1) (5). Eine Meta-Analyse hat ergeben, dass die DOAKs auch bei > 75-jährigen Patienten wirksam und sicher sind (6). Da bei älteren Patienten oft eine Poly-medikation besteht, sollte ein DOAK mit einem geringen Interaktionspotenzial, wie z.B. Edoxaban, ausgewählt werden (7).

Aktuelle Prinzipien des Lipid-managements

Um einen weiteren kardiovaskulären Risikofaktor, die Dyslipidämie, ging es im Referat von Prof. Dr. med. Georg Noll, Herzklinik Hirslanden, Zürich. Er erinnerte einleitend daran, dass die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie in diesem Jahr aktualisierte Empfehlungen zur Prävention

der Atherosklerose herausgegeben hat (8). Ausgangspunkt für das Management einer Dyslipidämie bilden hier die verschiedenen kardiovaskulären Risikokategorien, die sich über einen online verfügbaren Rechner berechnen lassen. «Pharmakologische Massnahmen kommen vor allem bei Patienten mit hohem und sehr hohem Risiko zum Einsatz. Bei solchen mit niedrigem genügen in der Regel Lifestyle-Massnahmen, bei Patienten mit moderatem Risiko kann man Statine in Erwägung ziehen», schilderte Prof. Noll.

Statine weiterhin an erster Stelle

Statine stehen seit vielen Jahren im Zentrum der Behandlung einer Dyslipidämie. Bereits 2005 wurde gezeigt, dass die Reduktion des LDL-Cholesterinspiegels um 1 mmol/l das Risiko für ein koronares Ereignis um 23% und das Risiko für ein vaskuläres Ereignis um 21% reduzierte (9). «Und dies unabhängig vom Ausgangscholesterinwert oder vom Risiko», so der Redner. In der IMPROVE-IT Studie wurde der Effekt einer Zugabe von Ezetimib zu einem Statin bei Patienten mit bzw. ohne Diabetes untersucht, die bereits ein akutes Koronareignis erlitten hatten (10). Wie es sich zeigte, profitierten vor allem Patienten mit Diabetes sowie Hochrisikopatienten ohne Diabetes von einer Zugabe von Ezetimib. «Neue Erkenntnisse haben

dazu geführt, dass der Zielwert für das LDL-Cholesterin bei Patienten mit sehr hohem Risiko nicht mehr bei unter 1,8 mmol/l liegt, sondern neu bei unter 1,4 mmol/l und eine Senkung von mindestens 50% erreicht werden soll», erläuterte Prof. Noll weiter. «Eine Evaluation der SPUM-ACS Kohorte zeigte jedoch, dass selbst mit der Kombination Statin-Ezetimib dieser neue Zielwert nur bei etwa 50% der Patienten erreicht wird», fügte der Redner hier an. Die AGLA-Guidelines sehen daher vor, bei Nicht-Erreichen des Zielwerts mit Statin-Ezetimib zusätzlich einen PCSK9 (Proproteinconvertase Subtilisin Kexin Typ 9) Inhibitor einzusetzen (8). «Das LDL wird dadurch etwa um weitere 50 bis 60% reduziert. Interessant ist zudem, dass das Apolipoprotein A, ebenfalls ein kardiovaskulärer Risikofaktor, durch PCSK9-Inhibitoren auch um etwa 25% gesenkt wird», sagte Prof. Noll. Für den Einsatz eines PCSK9-Hemmers besteht allerdings eine Limitatio. Für Patienten, welche die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllen, oder deren Lipidprofil trotz PCSK9-Inhibitoren nicht kontrolliert ist, besteht nach wie vor eine Therapielücke. Diese soll in Zukunft aber geschlossen werden.

* nicht-valvuläres Vorhofflimmern (NVAf), siehe Fachinformation aller DOAKs.

Literatur:

- Hindricks G et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2020 Aug 29;ehaa612. [online ahead of print]
- Wolf PA et al. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22:983-8.
- Friedman GD et al. Relationship of stroke to other cardiovascular disease. Circulation 1968;38:533-41.
- Donzé D et al. Risk of Falls and Major Bleeds in Patients on Oral Anticoagulation Therapy. Am J Med 2012;125:773-778.
- Giugliano RP et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2013;369:2093-104.
- Caldeira D et al. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Arch Gerontol Geriatr 2019;81:209-214.
- Steffel J et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Eur Heart J 2018;39:1330-1393.
- Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA). Prävention der Atherosklerose. Fokus auf Dyslipidämie, 2020. www.agla.ch
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005;366:1267-1278.
- Giugliano RP et al. Benefit of Adding Ezetimibe to Statin Therapy on Cardiovascular Outcomes and Safety in Patients With Versus Without Diabetes Mellitus: Results From IMPROVE-IT (Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial). Circulation 2018;137:1571-1582.

IMPRESSUM

Berichterstattung: Dr. Therese Schwender

Redaktion: Thomas Becker

Quelle: Management von kardiovaskulären Risikofaktoren – eine Herausforderung? Frühstückssymposium der Firma Daiichi Sankyo (Schweiz) AG, 22. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), 4. November 2020 (virtuell).

Inhaltlich verantwortet und finanziert von
Daiichi Sankyo (Schweiz) AG
Vulkanstrasse 106, 8048 Zürich

© Aertzverlag medinfo AG, Erlenbach

Kurzfachinformation Lixiana® siehe Umschlagseite 4.