

Therapiepfad für Patienten mit ACS und Dyslipidämie in der kardiologischen Rehabilitation

Falls LDL-Cholesterin (LDL-C) über dem Zielwert von $< 70 \text{ mg/dl}$ ($< 1,8 \text{ mmol/l}$):

- medikamentöse Therapie initiieren bzw. anpassen, parallel dazu mit Lebensstiländerung bzw. Schulung beginnen
- Lebensstiländerung insbesondere wenn erhöhte Triglyceride ($\text{TG} > 150 \text{ mg/dl}$, $> 1,7 \text{ mmol/l}$) vorliegen (Ernährung und Bewegung)
- Familiäre Hypercholesterinämie (FH) in Betracht ziehen wenn $\text{LDL-C} > 190 \text{ mg/dl}$ ($> 4,9 \text{ mmol/l}$)
- Therapieadhärenz regelmäßig überprüfen

1) Erstereignis:

LDL-C Zielwert $< 70 \text{ mg/dl}$
($< 1,8 \text{ mmol/l}$) nicht erreicht*

Mit einem Statin in adäquater Dosis beginnen:

z.B. 40 mg Atorvastatin
oder 20 mg Rosuvastatin

→ Wenn Zielwert nicht erreicht:
Dosissteigerung mit potentem Statin (Atorvastatin oder Rosuvastatin) in maximal tolerierter Dosis und/oder Kombinationstherapie mit 10 mg Ezetimib

2) Folgeereignis + Statin-Therapie:

LDL-C Zielwert $< 70 \text{ mg/dl}$
($< 1,8 \text{ mmol/l}$) nicht erreicht*

Therapieren wie „Erstereignis“

Eine weitere Absenkung des LDL-C deutlich $< 70 \text{ mg/dl}$ ($< 1,8 \text{ mmol/l}$) erwägen

Kombinationstherapie:

- Potentes Statin in maximal tolerierter Dosis + 10 mg Ezetimib
- PCSK9 Inhibitoren erwägen, Lipidambulanz erwägen, Therapieadhärenz überprüfen

3) Besondere Risikogruppen mit zusätzlichen bzw. prognoseverschlechternden Risikofaktoren:

LDL-C Zielwert $< 70 \text{ mg/dl}$ ($< 1,8 \text{ mmol/l}$)*

Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus, pAVK, Niereninsuffizienz und weitere Risikogruppen mit zusätzlichen Risikofaktoren oder mit weiteren prognoseverschlechternden Faktoren:

Von Beginn an zu therapieren wie „2) Folgeereignis“

- Niereninsuffizienz Stadium NKF 2 – 4 (eGFR 15-89 ml/min/1,73 m²)

→ unveränderte LDL-C senkende Therapie

- Niereninsuffizienz, Stadium NKF 5 (eGFR $< 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)

→ Statine in niedriger Dosis verwenden

- Dialyse-Patienten → Statine/Ezetimib sehr zurückhaltend neu beginnen (strenge Nutzenabwägung, evtl. Rücksprache mit Nephrologen)

Messung von Lp(a): bei einem Ereignis ohne klassische Risikofaktoren

Bestimmung von LDL-Cholesterin und Triglyceriden bei Entlassung aus der Rehabilitation erwägen

Empfehlungen im Entlassungsbrief:

- Begonnene Therapien konsequent und dauerhaft fortführen
- Kontrolle des LDL-C nach 4 – 6 Wochen, wenn LDL-C Zielwert $< 70 \text{ mg/dl}$ ($< 1,8 \text{ mmol/l}$) nicht erreicht → Therapie intensivieren
- Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe unbedingt empfehlen
- Bei Verdacht auf FH oder bei Lp(a) Erhöhung: Familienanamnese klären, PCSK9 Inhibitoren erwägen **, Lipidambulanz empfehlen

Bei Verdacht auf Statinunverträglichkeit: Auslassversuch, Dosisreduktion mit/ohne Ezetimib, Wechsel des Statins (andere Verstoffwechslung), potentes Statin in niedriger Dosis jeden zweiten Tag in Kombination mit Ezetimib, Ezetimib alleine, Anionenaustauscher, PCSK9 Inhibitoren erwägen. Nahrungsergänzungsmittel können wegen möglicher Interaktionen nicht generell und nur nach ärztlicher Rücksprache empfohlen werden.

* Alternativ soll das LDL-C um mindestens 50 % gesenkt werden, wenn der Ausgangswert zwischen 70 und 135 mg/dl (1,8 – 3,5 mmol/l) liegt. Sollte der Ausgangswert nicht verfügbar sein, trotzdem mit einem potentem Statin in maximal tolerierter Dosis behandeln.

** PCSK9 Inhibitoren sind zur Lp(a)-Senkung nicht zugelassen