

Therapiepfad für Patienten mit ACS und Dyslipidämie in der kardiologischen Rehabilitation

Falls LDL-Cholesterin (LDL-C) über dem Zielwert von 55 mg/dl (1,4 mmol/l):

- medikamentöse Therapie initiieren bzw. anpassen, parallel dazu mit Lebensstiländerung und Schulung beginnen
- Lebensstiländerung insbesondere auch auf erhöhte Triglyceride (TG > 150 mg/dl, > 1,7 mmol/l) abstimmen (Ernährung, Alkoholkarenz, Bewegung)
- Familiäre Hypercholesterinämie (FH) klären wenn LDL-C > 190 mg/dl (> 4,9 mmol/l)
- Therapieadhärenz regelmäßig überprüfen

1) Erstereignis:
LDL-C Zielwert < 55 mg/dl
(< 1,4 mmol/l) nicht erreicht*

Mit einem hochpotenten Statin in maximal tolerierter Dosis beginnen:
mindestens 40 mg Atorvastatin oder 20 mg Rosuvastatin**

→ Wenn Zielwert nicht erreicht:
Sehr frühzeitige Kombinations-
therapie mit 10 mg Ezetimib
noch während der KardReha

2) Folgeereignis < 2 Jahre:
LDL-C Zielwert < 40 mg/dl
(< 1,0 mmol/l) nicht erreicht*

Erhöhung der Statindosis auf
80 mg Atorvastatin oder
40 mg Rosuvastatin,
+ Kombination mit 10 mg Ezetimib

Wenn LDL-C Ziel < 40 mg/dl (< 1,0
mmol/l) nicht erreicht wird, ist ein
PCSK9 Inhibitor indiziert**

Adhärenz überprüfen

Lipidambulanz erwägen

3) Besondere Risikogruppen mit zusätzlichen bzw. prognoseverschlechternden Risikofaktoren:
LDL-C Zielwert < 55 mg/dl (< 1,4 mmol/l)*

Patienten mit Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, pAVK und nach ACB-OP sowie mit zusätzlichen Risikofaktoren oder mit weiteren prognoseverschlechternden Faktoren profitieren in besonderem Maße von einer konsequenten LDL-C-senkenden Therapie.

- Niereninsuffizienz ohne Dialyse (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²)
→ Statine (wie 1.) + Ezetimib in Kombination von Beginn an
- Dialyse-Patienten → Statine und/oder Ezetimib sehr zurückhaltend neu beginnen (strenge Nutzenabwägung) und nach Rücksprache mit dem behandelnden Nephrologen. Eine bestehende Therapie sollte fortgeführt werden.

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

LDL-C und TG sollten vor Entlassung kontrolliert werden. Wenn LDL-C < 55 mg/dl (< 1,4 mmol/l) nicht erreicht → Therapie intensivieren, wenn TG am Ende der KardReha mit Lebensstiländerung < 150 mg/dl (< 1,7 mmol/l) nicht erreicht → Icosapent-Ethyl 2x2 g zum Essen

Empfehlungen im Entlassungsbrief:

- Begonnene Therapien konsequent und dauerhaft fortführen
- Kontrolle des LDL-C nach weiteren 4 – 6 Wochen empfehlen, wenn LDL-C Zielwert nicht erreicht → Therapie intensivieren
- Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe unbedingt empfehlen
- Bei Verdacht auf FH oder bei Lp(a) Erhöhung: Familienanamnese klären, 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, PCSK9 Inhibitoren indiziert, evtl. Anionenaustauscher. 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 55 und 110 mg/dl (1,4 – 2,8 mmol/l) liegt. Sollte der LDL-C Ausgangswert nicht verfügbar sein, trotzdem mit einem potenten Statin in maximal tolerierter Dosis behandeln. Die Evidenz für das LDL-C Ziel unter 1.) ist deutlich höher als für das Ziel unter 2.)

** Bempedoinsäure und Inclisiran werden aufgrund fehlender Outcome-Daten als Reservemedikamente bei Statin- und PCSK9-Inhibitorunverträglichkeit gesehen.

Mit freundlicher Unterstützung von



Sanofi hatte zu keinem Zeitpunkt
Einfluss auf den Inhalt dieses Leitpfads