

Therapiepfad für Patienten mit ACS und Dyslipidämie in der kardiologischen Rehabilitation

Update 2023

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 > 200 mg/dl, > 2,3 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 Kombinationstherapie mit 10 mg Ezetimib und/oder 180 mg Bempedoin-säure 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 und/oder 180 mg Bempedoinsäure

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, 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.

- eGFR < 60 ml/min/1,73 m² → Statine (wie 1.) + Ezetimib in Kombination von Beginn an
- eGFR ≥ 30 ml/min/1,73 m² in Kombination mit Bempedoinsäure
- 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 und bei Patienten mit einem Alter < 50 Jahren. 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 < 200 mg/dl (< 2,3 mmol/l) nicht erreicht → Nachschulung Lebensstil

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, Wechsel des Statins (andere Verstoffwechslung), potentes Statin in niedriger Dosis jeden zweiten Tag, Ezetimib oder Bempedoinsäure einzeln, erst später in Kombination und/oder PCSK9 Inhibitoren. Nahrungsergänzungsmittel können nicht generell empfohlen werden (Cave: Interaktion und Zahl der Tabletten).

* 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.)

** Inclisiran wird aufgrund fehlender Outcome-Daten als Reservemedikament bei Statin- und PCSK9-Inhibitorunverträglichkeit gesehen (Ausnahme: gefährdete Adhärenz).

Mit freundlicher Unterstützung von



Sanofi hatte zu keinem Zeitpunkt
Einfluss auf den Inhalt dieses Leitpfads