

Neues Stufenprinzip soll Umsetzung erleichtern

Kardiovaskuläre Prävention in der Praxis

Schrittweise und personalisiert vorgehen – so heißt die Devise der aktualisierten ESC-Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention. Ein neues Stufenprinzip, ein überarbeiteter Risikokalkulator sowie altersabhängige Risikokategorien sollen die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis erleichtern.

Die aktualisierte ESC-Leitlinie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen geht neue Wege: Individualisierter soll das Management sein, mehr auf den Patienten und seine Bedürfnisse abgestimmt, und die gesteckten Ziele sollen leichter in der Praxis umsetzbar sein. Um das zu gewährleisten, haben die Leitlinienautoren ein neues Stufenkonzept entwickelt.

Das Prinzip basiert auf zwei Stufen, erläuterte der Leitlinienvorsitzende Prof. Frank Visseren auf dem ESC-Kongress 2021:

- **Stufe 1:** Im ersten Schritt soll dem Patienten, falls er raucht, ein Rauchstopp nahegelegt werden. Des Weiteren sollten ein gesunder Lebensstil (Bewegung, Ernährungsmaßnahmen, optimiertes Körpergewicht) sowie ein systolischer Blutdruck < 160 mmHg angestrebt werden. Diese Präventionsziele gelten für alle Patienten, egal ob weitestgehend gesund, an Diabetes oder kardiovasku-

lär vorerkrankt. Darüber hinaus sollte das kardiovaskuläre 10-Jahres-Risiko des Patienten abgeschätzt und daraus weitere Behandlungsziele abgeleitet werden. Diese Behandlungsziele hängen wiederum von der Grundkonstellation des Patienten ab: Unterschieden wird in „gesund“, Diabetes, spezifische Risikofaktoren wie familiäre Hypercholesterinämie (FH) und chronische Niereninsuffizienz sowie manifeste atherosklerotische Erkrankungen (ASCVD).

- **Stufe 2:** Im zweiten Schritt sollten die Präventionsbemühungen intensiviert und dabei auch über eine Therapieintensivierung nachgedacht werden. Wichtig ist, neben dem 10-Jahres-Risiko die Präferenz des Patienten, vorhandene Begleiterkrankungen, Gebrechlichkeit sowie potenzielle Behandlungseffekte mit einzubeziehen, im Sinne eines Shared-Decision-Prozesses.

Neuer Score für Risikobeurteilung in der Primärprävention

Die generellen Präventionsziele gelten, wie oben erwähnt, genauso für „gesunde“ Patienten ohne Diabetes, ASCVD, Nierenerkrankungen und Hypercholesterinämie. Ob für die Primärprävention weitere Ziele festgelegt werden sollten, entscheidet in erster Linie das kardiovaskuläre 10-Jahres-Risiko des Patienten.

An dieser Stelle haben die Leitlinienautoren eine weitere Neuerung vorgenommen. Der ESC-Risikokalkulator für die Primärprävention wurde überarbeitet: **SCORE2** heißt der neue, dieser gilt bis zu einem Alter von 70 Jahren. Für über 70-Jährige wurde der **SCORE2-OP** etabliert. Das Grundprinzip ist dabei gleichgeblieben: Die Risikostratifizierung hängt von Geschlecht, Alter, Raucherstatus, dem systolischen Blutdruck sowie dem Non-HDL-Cholesterin-Spiegel der Patienten ab. Die dazugehörigen Flow Charts sind ebenfalls an die der Vorversion angelehnt.

Neu an SCORE2 ist, dass er eine differenzierte Vorhersage in Abhängigkeit des EU-Landes, in dem der Patient lebt, ermöglicht. Die Länder werden dabei in unterschiedliche Kategorien in Abhängigkeit des dort herrschenden kardiovaskulären „Grundrisikos“ unterteilt (niedriges, moderates, hohes und sehr hohes Risiko).

Eine Neuigkeit ist zudem, dass die aus dem Score geschätzten Risikokategorien vom Alter der Patienten abhängen. Die Einteilung ist in **Tab. 1** aufgeführt.

Wie Prof. Smulders, Amsterdam, beim Kongress erörterte, gilt dabei folgendes Grundprinzip: Für Patienten mit niedrigem bis moderatem Risiko wird generell keine Behandlung empfohlen und für Patienten mit einem sehr hohen Risiko wird prinzipiell eine Behandlung empfohlen. Bei Patienten mit einem hohen Risiko sollte eine medikamentöse Therapie der Risikofaktoren in Betracht gezogen werden. Zusätzlich zu dieser Risikokategorisierung sind Smulders zufolge noch sog.



Die Optimierung des Blutdrucks stellt neben gesunder Ernährung und Bewegung eine wichtige Präventionsmaßnahme für alle Patienten dar.

Risikomodifizierer zu beachten, die das Risiko in die eine oder andere Richtung verschieben können. Dazu gehören hauptsächlich Stress und psychosoziale Faktoren, der koronare Calcium-Score (CAC) und die Ethnizität, erläuterte der Mediziner. Von der Berücksichtigung anderer potenzieller Risikomodifizierer wie genetischer Risikoscores, Urinmarker oder Bildgebungsmethoden abseits des CAC-Scores werde abgeraten (III B).

Nützlich in der Kommunikation mit dem Patienten könnte noch ein weiteres neues Tool in der Leitlinie sein. Ab sofort gibt es die Option, dem Patienten aufzuzeigen, wie viel ihm eine Behandlung an Lebenszeit bringen würde, also z.B. wie viel mehr Jahre er ohne kardiovaskuläre Komplikationen gewinnen würde, wenn sein LDL-Cholesterin um 1 mmol/L gesenkt wird.

Neue Therapieempfehlungen für die Primärprävention

Wird aufgrund eines hohen Risikos (Tab. 1) für eine medikamentöse Therapie entschieden, gelten prinzipiell dieselben Behandlungsziele wie in der Leitlinie von 2016 – mit der Ausnahme, dass ab sofort das genannte Stufenprinzip für die Zielerreichung vorgeschlagen wird.

In **Stufe 1** sollte ein systolischer Blutdruck zwischen 140 und 130 mmHg (Klasse I-Empfehlung) und ein LDL-C < 100 mg/dl (IIa) angestrebt werden. Smulders wies dabei explizit darauf hin, dass bei über 70-Jährigen, die bisher noch keine Statine eingenommen haben, in der Primärprävention nur eine IIb-Empfehlung für den Neubeginn einer Statintherapie ausgesprochen wurde. Hier warte man noch auf Studien.

In **Stufe 2** kann dann ein Blutdruckziel von < 130 mmHg systolisch (Klasse I) und bei hohem Risiko ein LDL-C < 70 mg/dl bzw. bei sehr hohem Risiko < 55 mg/dl (Klasse IIa) forciert werden.

Eine Neuerung in der Lipidtherapie ist die Empfehlung, Ezetimib zur Statintherapie hinzuzunehmen, wenn mit einem Statin in maximal tolerierbarer Dosis die Behandlungsziele nicht erreicht werden (Klasse I B). Neu aufgeführt sind zudem die PCSK9-Inhibitoren, deren Einsatz in der Primärprävention erwogen werden kann, wenn die Patienten ein sehr hohes Risiko aufweisen – aber ohne FH – und selbst eine Kombitherapie aus Statin und Ezetimib nicht den gewünschten Effekt gebracht hat (IIb C).

Tab. 1 Risikokategorien nach SCORE2 und SCORE2-OP

Risikokategorie	< 50 Jahre	50–69 Jahre	≥ 70 Jahre
Niedrig-moderates kardiovaskuläres Risiko (generell keine Behandlung)	< 2,5%	< 5%	< 7,5%
Hohes kardiovaskuläres Risiko (Risikofaktoren-Behandlung sollte in Betracht gezogen werden)	2,5% bis < 7,5%	5% bis < 10%	7,5% bis < 15%
Sehr hohes kardiovaskuläres Risiko (Risikofaktoren-Behandlung generell empfohlen)	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

modifiziert nach Visseren FJL et al. Eur Heart J 2021

Spezielle Patientengruppen

Für Patienten mit speziellen Risikofaktoren gibt es eigene Kapitel mit entsprechenden Behandlungszielen in Abhängigkeit des individuellen Risikos (wofür wiederum speziell konzipierte Scores verwendet werden sollten). Smulders zufolge sind die Empfehlungen für Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie und chronischer Niereninsuffizienz größtenteils gleichgeblieben.

Neuerungen gab es z.B. für Patienten mit einem Typ-2-Diabetes. Fokus beim Screening liegt jetzt auf dem HbA_{1c} und Nüchternblutzucker. Der orale Glukosetoleranztest (oGGT) werde nicht mehr aufgeführt, gab Taskforce-Mitglied Prof. Naveed Sattar, Glasgow, beim Kongress als Änderung an.

Empfehlungen für die Sekundärprävention

Die Behandlungsziele für die Sekundärprävention – also für Patienten, die bereits an einer manifesten atherosklerotischen Erkrankung leiden – haben sich ebenfalls nicht geändert, so Taskforce-Mitglied Prof. David Carballo. Für diese Patienten wird nun aber das genannte Stufenkonzept zum Erreichen der Ziele empfohlen. Die Ziele der jeweiligen Stufen sind allerdings andere als für „gesunde“ Patienten.

Zur **Stufe 1** gehören eine Blutdrucksenkung auf 140 bis 130 mmHg (Klasse I), eine LDL-C-Reduktion < 70 mg/dl sowie > 50%ige Reduktion (Klasse I) und eine antithrombotische Therapie (Klasse I) zusätzlich zu den Lebensstilinterventionen (Klasse I).

Zur **Stufe 2** gehören ein Blutdruck < 130 mmHg (Klasse I) sowie eine LDL-C-Reduktion < 55 mg/dl (Klasse I).

Wenn trotz Standardtherapie ein weiterhin hohes Risiko besteht, führt die neue Leitlinie weitere Behandlungskonzepte auf, die eingesetzt werden können.

Diese seien allerdings weniger etabliert, so Carballo. Dazu gehören z.B. eine duale Plättchenhemmertherapie (DAPT), die Omega-2-Fettsäure Eicosapentaensäure (EPA) und eine antiinflammatorische Therapie mit Colchicin – für alle drei gilt eine Klasse IIb-Empfehlung.

Luftverschmutzung und Klimawandel

Erstmals in der Leitlinie werden Empfehlungen zum Umgang mit Umweltfaktoren gemacht, sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher, politischer Ebene.

So kann es bei Personen mit (sehr) hohem kardiovaskulären Risiko angeraten sein, sie zu ermutigen, eine Langzeitexposition gegenüber Regionen mit hoher Luftverschmutzung zu vermeiden (IIb C). Darüber hinaus wird für belastende Regionen ein opportunistisches Screening auf kardiovaskuläre Risikofaktoren für möglicherweise sinnvoll erachtet (IIb C).

Mit einer eindeutigen Klasse I-Empfehlung werden bevölkerungsweite Maßnahmen für bessere Luft und gegen das Fortschreiten des Klimawandels von der Politik eingefordert. Diese beinhalten eine Reduktion der Feinstaubbelastung sowie von gasförmigen Schadstoffen, einen geringeren Verbrauch fossiler Brennstoffe sowie einen reduzierten CO₂-Ausstoß, um die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität zu verringern.

Veronika Schlimpert

Mehr Infos online!

Die gesamte Leitlinie können Sie unter folgendem Link abrufen: <https://go.sn.pub/WvTeNm>

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, ESC Congress 2021 – The Digital Experience, 27. bis 30. August 2021; Visseren FJL et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; Eur Heart J 2021; DOI:10.1093/eurheartj/ehab484