

Kardiovaskuläre Primärprävention in der Arztpraxis, bei wem und wie?

Gute Selektion führt zum Ziel

Kardiovaskuläre Erkrankungen bleiben die häufigste Ursache für Morbidität, da eine hohe Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bestehen. Dieser Artikel beschreibt den Prozess zur Identifikation der Personen, die am meisten von den in der Arztpraxis getroffenen Präventionsmassnahmen profitieren. Der Artikel fasst auch die therapeutischen Ziele für die kardiovaskulären Risikofaktoren nach den neuesten, 2016 veröffentlichten europäischen Richtlinien zusammen.



Dr. med. David Nanchen
Lausanne

Identifizieren, wem vorbeugende Massnahmen vorzuschlagen sind

Priorisieren der Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko

Atherosklerose ist ein Zustand, der sich über Jahrzehnte entwickelt. Je mehr sich die Risikofaktoren ansammeln, desto höher ist das globale kardiovaskuläre Risiko und desto grösser ist die Reduktion des kardiovaskulären Risikos bei der Umsetzung von Präventionsmassnahmen. Wenn zum Beispiel ein Medikament in der Lage ist, das kardiovaskuläre Risiko um 25% zu reduzieren, wird die Risikosenkung bei einem Patienten dessen kardiovaskuläres Risiko auf 30% geschätzt wird, grösser sein als bei einem Patienten mit einem kardiovaskulären Risiko von 5% (Abb. 1). In der Praxis ist es wichtig, Präventionsmassnahmen auf Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko zu fokussieren.

Schätzung des globalen kardiovaskulären Risikos

Die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose-(AGLA) empfiehlt den für die Schweiz angepassten PROCAM-Score, um das koronare Risiko einer Person ohne vorbestehende kardiovaskuläre Erkrankung zu schätzen (online verfügbar unter <http://www.agla.ch>).

Dieser Score schätzt das Risiko tödlicher und nicht-tödlicher koronarer Ereignisse über einen Zeitraum von 10 Jahren. Die Ergebnisse dieses Scores sollten daher bei jungen Patienten mit Vorsicht interpretiert werden. Ebenso ist es nicht angemessen, diesen Score bei Personen mit einer starken Ausprägung nur eines einzelnen kardiovaskulären Risikofaktors, wie im Fall von LDL-Cholesterin über 4,9 mmol/l oder bei der Entdeckung eines Blutdrucks über 160 mm Hg zu verwenden. In diesen besonderen Fällen sollten vorbeugende Massnahmen in allen Fällen in Anbetracht des hohen kardiovaskulären Risikos dieser Patienten eingeleitet werden. Eine systematische Suche nach subklinischer Atherosklerose mit Karotis-Ultraschall oder Koronararterien-CT ist nicht empfohlen.

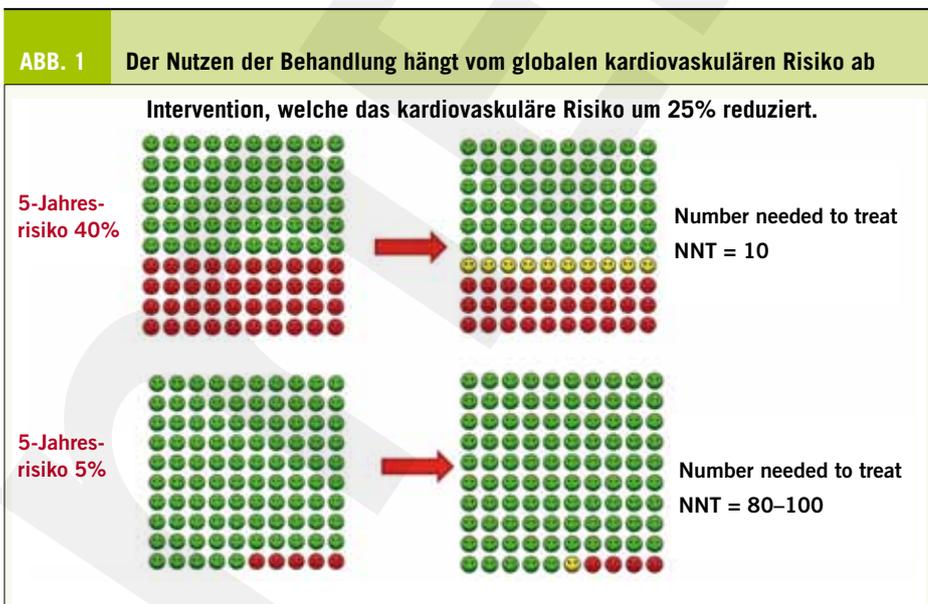
Nachweis von kardiovaskulären Risikofaktoren zur richtigen Zeit

Ein routinemässiges Screening auf kardiovaskuläre Risikofaktoren ist bei gesunden Männern über 40 und Frauen über 50 Jahre respektive postmenopausal empfohlen. Bei bereits etablierter Diagnose von Diabetes, Hypertonie und bei Rauchern allerdings früher. Eine Familienanamnese bezüglich vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankungen soll routinemässig bei jungen Erwachsenen aufgenommen werden, weil positivenfalls an eine familiäre Hypercholesterinämie gedacht werden muss.

weil positivenfalls an eine familiäre Hypercholesterinämie gedacht werden muss.

Kategorisieren des globalen kardiovaskulären Risikos

Die Tabelle 1 fasst die kardiovaskulären Risikokategorien nach den aktuellen Empfehlungen der European Society of Cardiology 2016 zusammen. Bei sehr hohem und bei hohem kardiovaskulärem Risiko ist es nicht sinnvoll, das Risiko mit einem Score zu berechnen. Dazu gehören Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen oder solche mit erheblichen atherosklerotischen Plaques (sehr hohes Risiko) und Diabetes-Patienten oder Patienten mit Niereninsuffizienz (sehr hohes oder hohes Risiko ja nach An-



oder Abwesenheit anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren und der Schwere von Organschäden).

Präventive Interventionen basierend auf kardiovaskuläre Risikokategorien

Förderung von Lebensstil-Änderungen

Die wichtigste präventive Intervention in der Arztpraxis ist das ärztliche Gespräch, das motiviert, einen gesunden Lebensstil (Tab. 2) zu übernehmen. Dabei hat sich auch eine Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Team, zum Beispiel einer Diätassistentin, Krankenschwester oder einem Berater für angepasste körperliche Aktivität als nützlich erwiesen.

Körperliche Aktivität

Regelmässige körperliche Aktivität reduziert die kardiovaskuläre Mortalität und verbessert die psychische Gesundheit. Die Freude an der Bewegung muss geweckt werden, da nur eine langfristige Erhaltung der körperlichen Aktivität wirksam ist.

Rauchstopp

Mit Rauchen aufzuhören ist die kosteneffektivste Strategie zur kardiovaskulären Prävention. Kurze, motivierende Interventionen in der Arztpraxis sind nützlich, um Patienten dabei zu helfen, z.B. indem sich der Arzt in Bezug auf die Bedeutung des Rauchstopps positioniert oder indem er zur Verwendung von Nikotin-Ersatz, Bupropion oder Vareniclin ermutigt.

Ernährung

Die Art der Ernährung beeinflusst das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Mehr Obst und Gemüse konsumieren, oder etwa die Hälfte des Tellers bei jeder Mahlzeit ist die effektivste Ernährungsberatung für eine ausgewogene und zur Erhaltung der Gesundheit förderliche Ernährung. Um ein gesundes Gewicht mit einem BMI zwischen 20 und 25 kg/m² zu erhalten, besitzt jeder Einzelne eine individuelle Energiebilanz.

Die traditionellen kardiovaskulären Risikofaktoren

In Tabelle 3 sind die therapeutischen Ziele für die wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren wiedergegeben.

Hypercholesterinämie

Es besteht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Plasma-LDL-Cholesterin und der Entwicklung der Atherosklerose. Der kardiovaskuläre Nutzen ist proportional zur Senkung des LDL-Cholesterins. Für jede Abnahme von 1 mmol/l von LDL-Cholesterin wird das kardiovaskuläre Risiko um 20% reduziert. Dieser Vorteil wird im Laufe der Zeit aufrechterhalten und konnte mit Statinen in der Sekundärprävention und Primärprävention gezeigt werden. Darüber hinaus tragen Statine zur Regression der Atherosklerose bei und haben ein hervorragendes Langzeit-Sicherheitsprofil während ungefähr 20 Jahre Beobachtung. Statine sollten somit in der vordersten Linie bei Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie verwendet werden. Jedoch, wie eingangs erläutert, hängt der Nutzen von Statinen von der Höhe des gesamten kardiovaskulären Risikos ab: Je höher das Risiko, desto grösser ist der absolute Nutzen (Abb. 1).

In zweiter Linie, wenn eine Intensivierung der Behandlung gemäss Tabelle 3 benötigt wird, ist es möglich, Statine in Kombination mit Ezetimibe zu verwenden, was eine weitere Reduzierung von etwa 15–20% des LDL-Cholesterins ermöglicht. Der kardiovaskuläre Nutzen und das Sicherheitsprofil von Ezetimibe wurde in der Sekundärprävention über einen Zeitraum von 7 Jahren gezeigt. Fibrate

Kardiovaskuläre Risikokategorien gemäss den Empfehlungen der ESC 2016	
TAB. 1	
Sehr hohes Risiko	<ul style="list-style-type: none"> – Vorhandensein einer kardiovaskulären Krankheit – Signifikante atherosklerotische Plaques oder Aortenaneurysma – Diabetes mit Proteinurie oder wichtigen kardiovaskulären Risikofaktoren – Niereninsuffizienz mit Kreatinin-clearance < 30 ml/min – 10 Jahres Koronarrisiko ≥ 30%
Hohes Risiko	<ul style="list-style-type: none"> – Familiäre Hypercholesterinämie – Schwere Hypertonie – Typ 2 Diabetes – Niereninsuffizienz mit Kreatinin-clearance < 60 ml/min – 10-Jahres Koronarrisiko ≥ 20%
Moderates Risiko	– 10 Jahres Koronarrisiko ≥ 10% et < 20%
Niedriges Risiko	– 10-Jahres Koronarrisiko < 10%

Empfehlungen zur Verbesserung des Lebensstils	
TAB. 2	
	Absolut keine Exposition zum Tabakrauchen
	Abwechslungsreiche Ernährung mit Vorzug für Früchte und Gemüse, Vollkornprodukte, Ölfrüchte und Fisch
	Idealerweise arm an gesättigten Fettsäuren zugunsten von mehrfach oder einfach ungesättigten Fettsäuren, ohne den Gesamtverzehr an Fetten einzuschränken
	Im Minimum 150 Minuten pro Woche moderate, aerobische, körperliche Aktivität, was einer Aktivität entspricht, bei der man leicht schwitzt oder leicht ausser Atem ist.

Zielwert-Empfehlungen für die wichtigsten Risikofaktoren	
TAB. 3	
LDL-Cholesterin	<ul style="list-style-type: none"> – Sehr hohes kardiovaskuläres Risiko: <1.8 mmol/l oder eine Reduktion des LDL-Cholesterins um 50% gegenüber den unbehandelten Werten – Hohes Risiko: <2.6 mmol/l oder eine Reduktion des LDL-Cholesterins um 50% – Moderates Risiko <3 mmol/l
Arterieller Blutdruck	< 140/90 mm Hg
Diabetes	Glykiertes Hämoglobin HbA1c < 7%

werden in erster Linie zur Senkung der Triglyzeride verwendet und haben eine sehr begrenzte Rolle in der kardiovaskulären Prävention. Zwei neue Lipid-senkende Medikamente sind derzeit verfügbar, Evolocumab und Alirocumab. Diese Moleküle sind monoklonale Antikörper, die das PCSK9 Protein hemmen, dessen Funktion die Regulierung des LDL-Cholesterins im Blut ist. Diese Medikamente werden derzeit nicht für die Primärprävention empfohlen mit Ausnahme von Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie.

Diabetes

Die Reduktion der Hyperglykämie reduziert das Risiko von mikrovasculären Komplikationen und möglicherweise das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung. Patienten mit Diabetes profitieren in erster Linie von einem umfassenden Ansatz für ihre kardiovaskulären Risikofaktoren. Die Behandlung basiert auf den Veränderungen des Lebensstils, der Raucherentwöhnung, regelmässigen Aerobic-

Übungen und einer Diät, die arm an gesättigten Fettsäuren und reich an Ballaststoffen ist. Zusätzlich zum empfohlenen Metformin als Erstlinientherapie haben neue Moleküle einen kardiovaskulären Nutzen gezeigt, wie der SGLT-2 Inhibitor (Empagliflozin) oder zwei GLP-1-Agonisten (Liraglutide und Semaglutide).

Hypertonie

Körperliche Aktivität, Gewichtskontrolle, und eine an Kochsalz eingeschränkte Ernährung sind die tragenden Säulen der Behandlung von Bluthochdruck. Im Durchschnitt stammen 80% der Salzaufnahme aus vorgekochten Speisen. Die Salzreduktion um 1 Gramm pro Tag reduziert den systolischen Blutdruck um mehr als 3 mm Hg bei hypertensiven Patienten, und reduziert das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen.

Der kardiovaskuläre Nutzen einer antihypertensiven Behandlung hängt hauptsächlich mit der Senkung des arteriellen Blutdrucks zusammen. Alle wichtigen Klassen von Antihypertensiva können für die Primärprävention verschrieben werden, allerdings mit einer Vorliebe für Blocker des Renin-Angiotensin-Systems, Calciumantagonisten oder Diuretika im Vergleich zu Beta-Blockern.

Anti-Thrombozyten-Therapie

Gemäss europäischen Experten sollte Aspirin nicht in der Primärprävention eingesetzt werden. Nach Ansicht von amerikanischen Experten ist Aspirin als Primärprävention bei Erwachsenen im Alter von 50 bis 59 Jahren, die ein kardiovaskuläres Risiko von 10%

oder mehr und kein erhöhtes Risiko für Blutungen haben, empfohlen. Insgesamt neigen die Empfehlungen, die Verschreibung von Aspirin in der Primärprävention zu begrenzen, auch bei Patienten mit Diabetes.

Dr. med. David Nanchen

Medizinische Universitätspoliklinik, CHUV, 1011 Lausanne
david.nanchen@chuv.ch

Interessenkonflikt: Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Je höher das kardiovaskuläre Risiko, desto wirksamer sind die Präventionsmassnahmen
- ◆ Es müssen alle kardiovaskulären Risikofaktoren berücksichtigt werden, bevor eine vorbeugende Behandlung eingeleitet wird
- ◆ Lifestyle-Verbesserungen sind sehr effizient zur Senkung des kardiovaskulären Risikos, sogar ohne Gewichtsänderung oder Senkung der Lipidwerte
- ◆ Je mehr das LDL-Cholesterin gesenkt wird, desto grösser ist der kardiovaskuläre Nutzen

Literatur:

1. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015;163:608-621. doi:10.7326/M15-0171.
2. Mozaffarian D, Ludwig DS. The 2015 us dietary guidelines: Lifting the ban on total dietary fat. *JAMA.* 2015;313:2421-2422. doi:10.1001/jama.2015.5941.
3. Collins R, Reith C, Emberson J, Armitage J, Baigent C, Blackwell L, Blumenthal R, Danesh J, Smith GD, DeMets D, Evans S, Law M, MacMahon S, Martin S, Neal B, Poulter N, Preiss D, Ridker P, Roberts I, Rodgers A, Sandercock P, Schulz K, Sever P, Simes J, Smeeth L, Wald N, Yusuf S, Peto R. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet.* 2016. doi:10.1016/S0140-6736(16)31357-5.
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corra U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FD, Lochen ML, Lollgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, van Dis I, Verschuren WM, Authors/Task Force M. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016;37:2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
5. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Z, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglu L, Verschuren WM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL, Authors/Task Force M, Additional C. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016. doi:10.1093/eurheartj/ehw272.