

Neuausgabe


 AGLA GSLA Swiss Atherosclerosis  
www.agla.ch

# AGLA Pocketguide zur Prävention der Atherosklerose

Die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (AGLA) hat den bekannten Pocketguide „Prävention der Atherosklerose“ aktualisiert. Die Broschüre berücksichtigt die aktuellsten Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) und der European Atherosclerosis Society (EAS).

Die im Kitteltaschenformat erschienene Broschüre bietet wie bisher eine thematische Gegenüberstellung der Empfehlungen der International Atherosclerosis Society (IAS) mit den neuen ESC/EAS Empfehlungen, von der AGLA für die Schweiz angepasst.

## Kardiovaskuläre Risikokategorien

Die wichtigsten Neuerungen betreffen die Einteilung von Personen in vier kardiovaskuläre Risikokategorien (bisher verwendete die AGLA drei und die ESC zwei), nämlich:

- ▶ Sehr hohes Risiko
- ▶ Hohes Risiko
- ▶ Intermediäres Risiko
- ▶ Tiefes Risiko

Die Zuordnung zu einer dieser Kategorien erfolgt aufgrund des Vorliegens bestimmter Risikosituationen wie bestehende KHK oder Diabetes mellitus sowie aufgrund des kalkulierten kardiovaskulären Gesamtrisikos. Letzteres bestimmen sowohl IAS/AGLA als auch ESC/EAS mit Punkttabellen oder Algorithmen. Hinsichtlich der Risikostratifizierung gibt es allerdings unterschiedliche Ansätze der Fachorganisationen: Die IAS/AGLA berechnen das absolute Risiko, innert 10 Jahren ein tödliches Koronareignis oder einen nicht tödlichen Myokardinfarkt zu erleiden, während die ESC/EAS das Risiko bestimmen, innert 10 Jahren an einem tödlichen atherosklerotischen Ereignis, einschliesslich plötzlichem Herztod, zu sterben. Demzufolge sind die Risikowerte bei der IAS/AGLA grösser als bei der ESC/EAS. Z.B. entspricht ein hohes Risiko bei der IAS/AGLA einer Zahl >20%, während der Wert bei der ESC/EAS im Bereich  $\geq 5$ -10% liegt.

Praktisch wichtig ist die Kategorie mit sehr hohem Risiko. Zu dieser zählen Patienten mit bestehender KHK/Atherosklerose, mit Diabetes mellitus Typ 2 oder Typ 1 mit Endorganschäden, Personen mit chronischer Niereninsuffizienz (GFR <60 ml/min/m<sup>2</sup>) oder mit einem kalkulierten Risiko (nach ESC/EAS) von  $\geq 10\%$ . Ein hohes Risiko weisen oft Personen mit stark erhöhten einzelnen Risikofaktoren auf wie schwere (familiäre) Hypercholesterinämie oder Hypertonie, was durch eine Risikoschätzung mit den Punkt-Tabellen oder Algorithmen ungenügend erfasst wird. Als hoch wird auch ein kalkuliertes Risiko  $\geq 5$ -10% (ESC/EAS) bzw. >20% (IAS/AGLA) eingestuft. Kalkulierte Risiken  $\geq 1\%$  bis <5% (ESC/EAS) bzw. 10-20% (IAS/AGLA) gelten als intermediär und <1% (ESC/EAS) bzw. <10% (IAS/AGLA) als niedrig.

## Neue Zielwerte für LDL-Cholesterin-Therapie

Für Patienten mit sehr hohem Risiko gilt neu ein LDL-C-Zielwert von 1,8 mmol/l oder eine 50%-ige Senkung des Ausgangswertes, wenn der Zielwert nicht erreicht werden kann. Dafür besteht eine sehr gute Evidenz (Level A). Die übrigen LDL-Zielwerte lauten nach IAS/AGLA: für hohes Risiko <2,6 mmol/l, für intermediäres <3,4 mmol/l und für tiefes <4,1 mmol/l.

Der AGLA Pocketguide wurde auch durch Tabellen zu neuen Themen ergänzt:

- ▶ **Bei der Risikoberechnung nicht berücksichtigte Risikofaktoren**  
Verschiedene Risikofaktoren, die üblicherweise nicht in Risikoalgorithmen oder -scores einfließen, werden aufgelistet, wie z.B. hsCRP. Sie können va. bei intermediärem Risiko zur Therapieentscheidung beigezogen werden.
- ▶ **Risikofaktoren und relatives Risiko**  
Diese Tabelle demonstriert anschaulich den relativen Einfluss verschiedener Risikofaktoren. Gerade bei Jungen ist das absolute Risiko in der Regel tief, dennoch kann es im Vergleich zu Personen der gleichen Altersgruppe mehrfach erhöht sein. Dies kann eine Motivation zur frühzeitigen Behandlung von Risikofaktoren sein.
- ▶ **Weitere Massnahmen zur Sekundärprävention**  
Verschiedene präventive Massnahmen wie die Anwendung von Thrombozyten-Aggregationshemmern/Antikoagulanzen, die Hemmung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems oder der Einsatz von Betablockern werden bei klinischen Situationen wie Status nach ACS, PCI, Hirnschlag u.a. – unabhängig vom Vorhandensein klassischer Risikofaktoren wie Hypertonie oder Hyperlipidämie eingesetzt. Neu sind in einer Tabelle die Indikationen dieser Medikamente in der Sekundärprävention zusammengefasst.
- ▶ **Labormonitoring bei Statintherapie**
  - Vor Therapiebeginn mind. 2 Messungen der Lipidparameter im Abstand von 1-12 Wochen
  - Nach Therapie: Kontrolle nach 4 - 12 Wochen. Im Langzeitverlauf 1 Mal/Jahr
  - Leberenzyme vor und während Therapieverlauf
  - CK vor Therapie und bei Myalgien

▶ red.

Der AGLA Pocketguide 2012 «Prävention der Atherosklerose» ist auf Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar und kann ab sofort via [www.agla.ch](http://www.agla.ch) bestellt werden.



Nouvelle édition

# GSLA guide de poche sur la prévention de l'athérosclérose

Le Groupe de travail Lipides et Athérosclérose de la Société Suisse de Cardiologie (GSLA) vient d'actualiser le guide de poche connu « Prévention de l'athérosclérose ». La brochure tient compte des recommandations les plus actuelles de la European Society of Cardiology (ESC) et de la European Atherosclerosis Society (EAS).

La brochure a gardé son format de poche pratique et compare les recommandations de la International Atherosclerosis Society (IAS) aux nouvelles recommandations de l'ESC/EAS ayant été adaptées pour la Suisse par le GSLA.

## Catégories de risque cardio-vasculaire

Les actualisations les plus importantes concernent la classification en quatre catégories de risque cardio-vasculaire (jusqu'à présent le GSLA en utilisait trois et l'ESC deux) sont énoncées ci-après :

- ▶ Risque très élevé
- ▶ Risque élevé
- ▶ Risque intermédiaire
- ▶ Risque bas

L'attribution à une de ces catégories dépend de la présence de certaines situations de risque, tels que maladie coronarienne ou diabète ainsi que d'un calcul du risque cardio-vasculaire total. L'IAS/GSLA et l'ESC/EAS détermine ce dernier à l'aide de grilles ou d'algorithmes. Toutefois, les calculs du risque de ces organisations professionnelles se distinguent. L'IAS/GSLA détermine le risque absolu sur 10 ans de subir un événement coronarien mortel ou un infarctus du myocarde non mortel. L'ESC/EAS par contre calcule le risque sur 10 ans de subir un événement athérosclérotique mortel, y inclue une mort subite. Ceci dit, les valeurs du risque sont plus élevées chez l'IAS/GSLA que chez l'ESC/EAS. Un risque élevé chez l'IAS/GSLA correspond à >20% par exemple, tandis que la valeur est de ≥5–10% chez l'ESC/EAS.

D'un point de vue pratique c'est la catégorie à risque très élevé qui est importante. En font partie les patients atteints de maladie coronarienne/athérosclérose, diabète de type 2 ou 1 avec atteinte des organes cible, les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (DFG <60 ml/min/m<sup>2</sup>) ou avec un risque calculé de ≥10% (selon ESC/EAS). Les personnes à risque élevé sont souvent celles ayant un seul facteur de risque fortement élevé tels qu'une hypercholestérolémie (familiale) sévère ou une hypertension. Dans ces cas-là, une estimation du risque à l'aide des grilles ou des algorithmes mentionnés ne suffit pas. Un risque de ≥5–10% (ESC/EAS) ou de >20% (IAS/GSLA) est lui aussi classé haut. Les risques calculés comportant ≥1%–<5% (ESC/EAS) ou 10–20% (IAS/GSLA) sont attribués à la catégorie intermédiaire et les risques <1% (ESC/EAS) ou <10% (IAS/GSLA) sont classés bas.

## Nouvelles valeurs cible pour le traitement du LDL-C

Désormais, les patients à risque très élevé devraient atteindre une valeur cible du LDL-cholestérol de 1,8 mmol/l ou au moins réduire de 50% leur valeur de départ si la valeur cible ne peut pas être atteint. Ces nouvelles valeurs reposent sur une très bonne évidence (niveau A). Selon l'IAS/GSLA les valeurs cible du LDL-cholestérol pour les autres catégories sont de <2,6 mmol/l pour le risque élevé, de <3,4 mmol/l pour le risque intermédiaire et de <4,1 mmol/l pour le risque bas.

Cette édition élargit le guide de poche du GSLA contient également des grilles sur de nouveaux sujets :

- ▶ **Facteurs de risque délaissés lors du calcul du risque**  
Différents facteurs de risque, qui habituellement n'entrent pas en compte des algorithmes ou scores de risque, sont mentionnés, comme p. ex. la hsCRP. Ils peuvent surtout être pris en considération lorsqu'il s'agit de choisir le bon traitement en cas de risque intermédiaire.
- ▶ **Facteurs de risque et risque relatif**  
Deux tableaux montrent nettement l'influence relative de différents facteurs de risque. Ils peuvent servir à montrer aux jeunes à faible risque cardio-vasculaire absolu que leur risque relatif peut être bien plus élevé que celui d'autres sujets de la même classe d'âge. Visualiser ce risque relatif peut induire une motivation à traiter les facteurs de risque le plus tôt possible.
- ▶ **Autres mesures dans la prévention secondaire**  
Diverses mesures préventives telles que l'emploi des inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire/les anticoagulants, l'inhibition du système rénine-angiotensine-aldostérone ou les bêta-bloquants sont utilisés dans des situations cliniques telles que l'état après SCA, ICP, AVC, indépendamment de la présence de facteurs de risque classiques. Les indications de ces médicaments dans la prévention secondaire sont maintenant résumées dans un tableau.
- ▶ **Examens de laboratoire lors du traitement par statines**
  - Avant le début du traitement au moins 2 mesures des paramètres lipidiques à des intervalles d'une à douze semaines
  - Après l'initiation du traitement: un contrôle au bout de 4 à 12 semaines. Dans l'évolution à long terme une fois/an
  - Les enzymes hépatiques avant et pendant le cours de la thérapie
  - La CK avant le traitement et lors de myalgies

▶ réd.

Le guide de poche 2012 du GSLA est disponible en allemand, français et italien et peut être commandé sur [www.gsla.ch](http://www.gsla.ch)

