

# Lipidsenkung nach akutem Koronarsyndrom (ACS)

laut aktualisierter Leitlinie der ESC (Stand: November 2023)<sup>1</sup>



Erstmals wurden konkrete Empfehlungen zur lipidsenkenden Therapie in den ACS-Behandlungspfad aufgenommen. Dabei wurde die Empfehlung für Patient:innen mit sehr hohem CV-Risiko übernommen: **LDL-C-Zielwert von < 55 mg/dl** (< 1,4 mmol/l) und eine mindestens 50%ige LDL-C-Senkung gegenüber dem Ausgangswert



**ZIEL: Schneller Einsatz von wirksamen Therapien gleich nach Infarkt, um den LDL-C-Wert rasch in den Zielbereich zu senken.**

## Wichtige Neuerung in der Leitlinie:

Für die Wahl der lipidsenkenden Therapie nach einem ACS ist die Vorbehandlung ausschlaggebend. Die Gabe eines PCSK9-Inhibitors kann schon während des Klinikaufenthalts oder kurz danach indiziert sein – wenn bereits vor dem Infarkt mit einer hochdosierten Statintherapie in Kombination mit Ezetimib ein LDL-C-Wert im Bereich < 55 mg/dl (< 1,4 mmol/l) nicht erreicht wurde:

### Therapieeskalation während des Klinikaufenthalts<sup>1</sup>

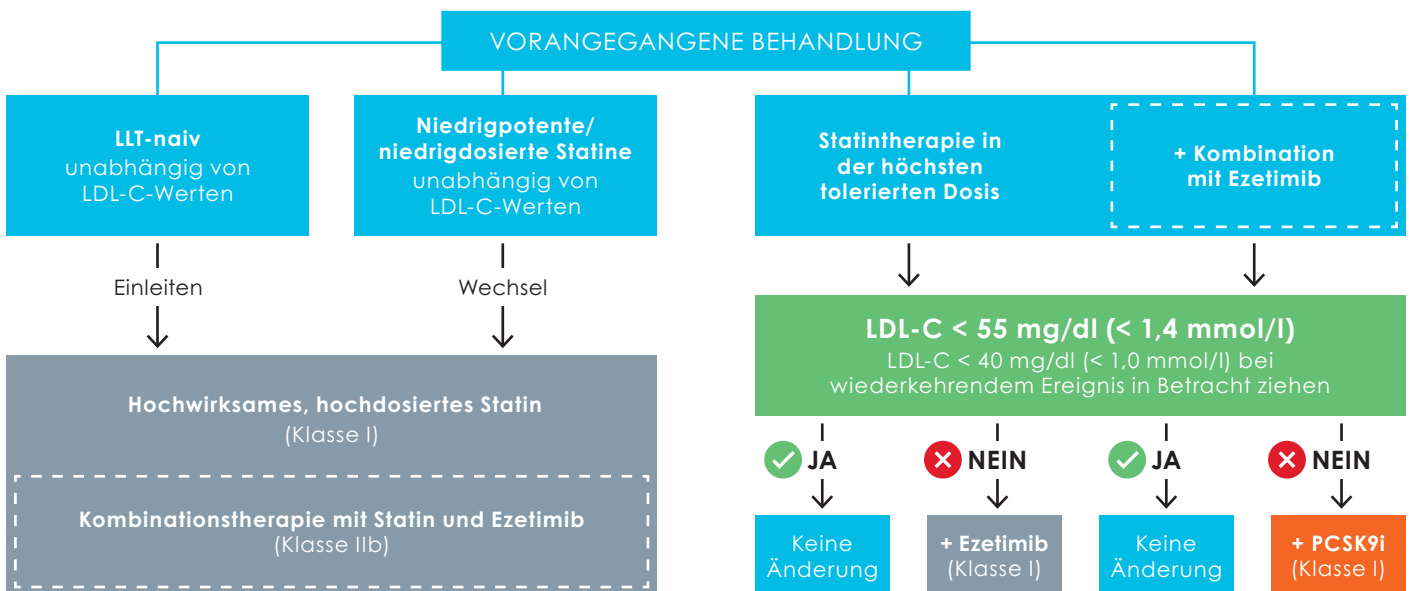


Abbildung modifiziert nach 1.



## Entlassung aus der Klinik – Weichen für eine gute Anschlussversorgung stellen:

- Versorgung mit kardioprotektiven Arzneimitteln sicherstellen
- Überweisung zur kardiologischen Rehabilitation
- Empfehlungen für eine Anpassung des Lebensstils und Überprüfung des LDL-C-Zielwertes

ACS: akutes Koronarsyndrom; CV: kardiovaskulär; ESC: European Society of Cardiology; LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; LLT: lipidsenkende Therapie; PCSK9: Proproteinconvertase Subtilisin/Kexin Typ 9; PCSK9i: Proproteinconvertase-Subtilisin/Kexin-Typ-9-Inhibitor.

1. Byrne RA et al. Eur Heart J 2023; ehad191. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.



**Weitere Versorgung von ACS-Patient:innen im ambulanten Bereich:**

- Behandlung von Komorbiditäten (z. B. Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz)
- Besprechung von Zielen und Präferenzen der Patient:innen
- Kontrolle des LDL-C-Wertes bereits 4 bis 6 Wochen nach Therapiebeginn bzw. -umstellung
- weitere Eskalation der lipidsenkenden Therapie bei Bedarf, bis zum Erreichen des LDL-C-Zielwertes

**Nach 4 bis 6 Wochen Nachbeobachtung<sup>1</sup>**

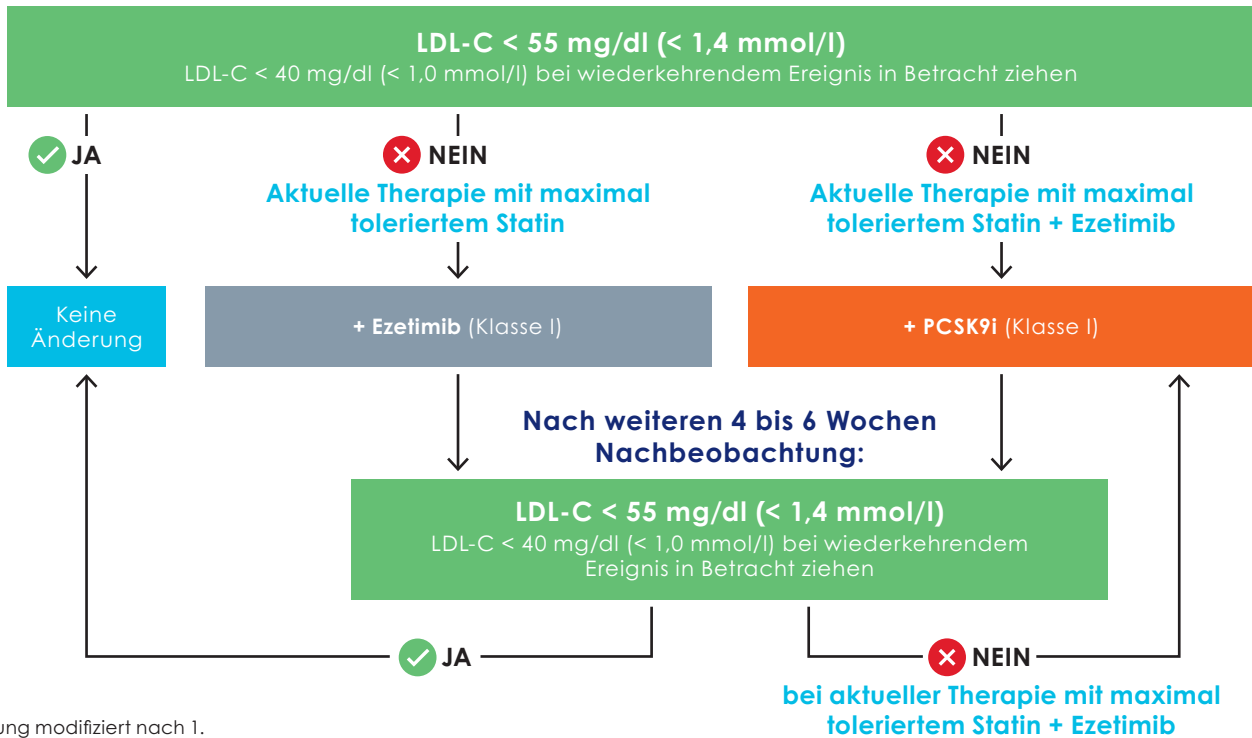


Abbildung modifiziert nach 1.

**„Hit hard and early“**

**Wir fassen für Sie zusammen:**

- Die Sekundärprävention sollte so früh wie möglich nach dem Indexereignis beginnen.
- ACS-Patient:innen mit sehr hohem CV-Risiko benötigen eine schnelle LDL-C-Senkung.
- Eine Eskalation der Lipidtherapie kann bereits in der Klinik angezeigt sein.
- LDL-C-Kontrollen sollten regelmäßig (alle 4 bis 6 Wochen) erfolgen und die Therapie sollte ggf. frühzeitig angepasst werden.
- Die Zielwertstrategie sollte konsequent verfolgt werden.
- Ein früher Einsatz von PCSK9i kann indiziert sein, wenn der LDL-C-Zielwert nicht erreicht wurde.



**Auch andere Risikofaktoren kontrollieren:**

- RRsys < 130 mmHg und RRdia < 80 mmHg<sup>\*a</sup>
- HbA1c < 53 mmol/mol (< 7%)<sup>b</sup>

ACS: akutes Koronarsyndrom; CV: kardiovaskulär; HbA1c: glykosyliertes Hämoglobin; LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; PCSK9i: Proprotein-konvertase-Subtilisin/Kexin-Typ-9-Inhibitor; RRdia: diastolischer Blutdruck; RRsys: systolischer Blutdruck.

\* Falls toleriert. a Bei Patient:innen im Alter von ≥ 70 Jahren sollte der systolische Blutdruck auf < 140 mmHg und bei Verträglichkeit bis auf 130 mmHg gesenkt werden. b Bei Patient:innen mit Diabetes mellitus.

1. Byrne RA et al. Eur Heart J 2023; ehad191. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

