



In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V.
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Oliver Weingärtner, Jena

Der neue Lipoprotein(a)-Risikorechner

Fragen zur kardiovaskulären Risikoabschätzung

Eleni Pappa und Anja Vogt, Klinikum der LMU München

Nach dem Erscheinen des Frage- und Antwort Artikels [1], haben wir zwei der häufigsten Fragen bereits in Heft CardioVasc 6/2023 vorgestellt. Wir stellen nun drei weitere Fragen mit Antworten zu Lipoprotein(a) (Lp(a)) dar, mit denen man im Alltag oft konfrontiert ist.

Wie integriere ich Lp(a) in die Bewertung des globalen kardiovaskulären Risikos?

Der neue Lp(a)-Risikorechner ist verfügbar unter: www.lpaclinicalguidance.com. Die üblichen Risikorechner beinhalten Lp(a) nicht als Vorhersagevariable. Um dies zu adressieren, wurde ein neuer Risikorechner gemäß der Konsensvereinbarung von 2022 eingeführt, der Lp(a) zusammen mit traditionellen kardiovaskulären Risikofaktoren berücksichtigt. Dieser Rechner schätzt das Risiko für einen Myokardinfarkt oder Apoplex bis zum Alter von 80 Jahren mit und ohne Berücksichtigung der gemessenen Lp(a)-Konzentration. Die Risikoabschätzung erfolgt also nicht nur für einen relativ kurzen Zeitraum von zehn Jahren wie bei SCORE-2 [2].

Zum einen zeigt die Berechnung mit dem Onlinerechner grafisch das aktuelle Risiko, das durch den Einbezug eines hohen Lp(a)-Wertes sichtbar ansteigt. Andererseits ist es möglich, verschiedene Absenkungsraten für LDL-Cholesterin (LDL-C) oder den Blutdruck einzugeben und grafisch darzustellen, wie weit das Risiko dadurch gesenkt wird. Dies erlaubt zwei wichtige Schlussfolgerungen: Erstens wird das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis erheblich unterschätzt, wenn Lp(a) hoch ist, bei der Risikoabschätzung aber nicht berücksichtigt wird.

Zweitens kann das Identifizieren und Modifizieren von Faktoren wie erhöhtes LDL-C und/oder Bluthochdruck das Risiko einer Person zumindest teilweise senken, auch wenn Lp(a) nicht verändert wird. Dies hilft auch, Ärzte und Patienten zu motivieren, sich an die empfohlene Behandlung anderer veränderbarer Risikofaktoren zu halten, auch wenn (oder weil) keine spezifische Therapie zur Senkung von Lp(a) verfügbar ist.

Warum Lp(a)-Konzentrationen messen, wenn sie sich medikamentös nicht senken lassen?

Das Wissen um einen erhöhten Lp(a)-Wert beeinflusst das Management anderer Risikofaktoren. Derzeit gibt es kein zugelassenes Medikament, welches spezifisch die Lp(a)-Konzentration senkt. Die Konsensvereinbarung von 2022 hat deswegen empfohlen, dass behandelbare Risikofaktoren intensiv und so früh wie möglich therapiert werden sollten. Die frühe Intervention ist der Schlüssel zur Optimierung der Risikoreduktion.

Lebensstiländerungen haben geringe Auswirkungen auf die Lp(a)-Konzentration, verbessern aber das globale Risiko erheblich. Die Empfehlung, modifizierbare Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Fettleber, Diabetes, arterielle Hypertonie, erhöhte Cholesterinwerte, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung) anzugehen, wird durch Beobachtungsdaten aus der EPIC-Norfolk-Studie unterstützt [3]. Darin hatten Probanden mit einer Lp(a)-Konzentration > 50 mg/dl und wenigen der genannten Risikofaktoren ein bis zu 60% niedrigeres Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis als Probanden, die einen ungesunden Lebensstil führten [3]. Die Nachbeob-

achtungszeit betrug 11,5 Jahre. Hierauf kann Bezug genommen werden, um Patienten mit einem erhöhten globalen Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu motivieren, ihre Risikofaktoren verbessern zu wollen. Der Lp(a)-Risikorechner kann auch verwendet werden, um den Patienten bildlich zu zeigen, wie stark das Gesamtrisiko reduziert werden kann, wenn erhöhtes LDL-C und arterielle Hypertonie gesenkt werden.

Hilft die Lp(a)-Messung, das kardiovaskuläre Risiko einzuschätzen?

Ja – Lp(a) nicht zu beachten könnte zu einer deutlichen Unterschätzung des individuellen Risikos führen. Die Einschätzung des Risikos kann mit dem oben dargestellten Rechner anschaulich erfolgen.

Wann sollte gemessen werden?

Viele Leitlinien und Konsensvereinbarungen empfehlen die Messung von Lp(a) bei allen Erwachsenen mindestens einmal im Leben [4]. Diese einfache Empfehlung für ein universelles Screening wird wahrscheinlich eher befolgt als komplexere Regeln dafür, wann, warum und bei wem Lp(a) gemessen werden sollte. Der einfachste Ansatz besteht darin, Lp(a) regelmäßig bei der ersten Lipidparameterbestimmung einzubeziehen. Das entspricht den Empfehlungen der Konsensvereinbarung von 2022, der Leitlinien der European Atherosclerosis Society/European Society of Cardiology für das Management von Dyslipidämien [4] sowie den Leitlinien der Canadian Cardiovascular Society [5]. Behandelnde sollten prüfen, ob Lp(a) bei ihren Patienten bestimmt wurde, und die Messung ggf.

nachholen. Je höher das kardiovaskuläre Risiko, desto dringlicher ist dies. Die noch relativ hohen Kosten für die Bestimmung werden sinken, wenn Lp(a) häufiger bestimmt wird. Außerdem könnten digitale Lösungen helfen, unnötige Kosten durch Mehrfachmessungen zu vermeiden.

Fazit für die Praxis

- Das Nichtbeachten von Lp(a) könnte zu einer deutlichen Unterschätzung des Risikos führen.
- Das Wissen um einen erhöhten Lp(a)-Wert beeinflusst das Management anderer Risikofaktoren.
- Der neue Lp(a)-Risikorechner ermöglicht eine anschauliche Erklärung des Risikos und der Risikoreduktion; er ist

verfügbar unter: <http://www.lpaclinicalguidance.com>

Literatur

1. Kronenberg F, Mora S, Stroes ES et al. Frequent questions and responses on the 2022 lipoprotein(a) consensus statement of the European Atherosclerosis Society. *Atherosclerosis*. 2023;374:107-20
2. Hageman S, Pennells L, Ojeda F et al. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal*. 2021;42(25):2439-54
3. Perrot N, Verbeek R, Sandhu M et al. Ideal cardiovascular health influences cardiovascular disease risk associated with high lipoprotein(a) levels and genotype: The EPIC-Norfolk prospective population study. *Atherosclerosis*. 2017;256:47-52
4. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce

cardiovascular risk. *Atherosclerosis*. 2019;290:140-205

5. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ et al. 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. *Canadian Journal of Cardiology*. 2021;37(8):1129-50



Dr. Eleni Pappa
Medizinische Klinik und
Poliklinik IV
Klinikum der Universität
München, LMU München
Ziemssenstraße 5
80336 München
eleni.pappa@med.uni-
muenchen.de

14 Tage
kostenlos
testen!



 Springer Medizin

e.Med Innere Medizin

Ihr Direktzugriff auf topaktuelles
Wissen und Fortbildung

-  Über **200 CME-Fortbildungen** aus der Inneren Medizin
-  **Vollzugriff** auf rund **140 internistische Fachzeitschriften**, davon 35 deutschsprachige **Zeitschriften**
-  Regelmäßig eine **gedruckte internistische Fachzeitschrift** nach Wahl per Post
-  Nachschlagen auf Basis geprüfter Standardwerke mit **e.Medpedia**
-  **Facharzt-Trainings** mit dem Vorbereitungskurs zur Facharztprüfung und Intensivkurs EKG
-  **Update Newsletter** mit dem Aktuellsten aus Ihrem Fachgebiet

Jetzt kostenlos registrieren und unverbindlich testen!
SpringerMedizin.de/eMed-Abos

Gleich informieren 

