



Entzündung beschleunigt die Atherosklerose.

Reinhold-Keller aus Hamburg beim Internisten-Update in München. Einen deutlichen Unterschied gebe es allerdings beim „Handling“: Diabetiker wür-

den z. B. rund zehnmal häufiger als Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) auf entsprechende Risiken untersucht. Momentan müsse man davon ausgehen,

so die Expertin, dass RA-Patienten infolge der kardiovaskulären Gefährdung 10–15 Jahre kürzer lebten.

Alte und neue Risikofaktoren

Ursächlich ist eine akzelerierte Atherosklerose, für die die chronische Entzündung und traditionelle Risikofaktoren verantwortlich gemacht werden. Darüber hinaus kennt man seit Kurzem weitere RA-spezifische Faktoren, die mit einem hohen Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse verknüpft sind:

- hohe Titer von Antikörpern gegen citrullinierte Peptide (ACPA),
- Plaques in den Karotiden und
- extraartikuläre Manifestationen wie Rheumaknoten.

■
bs

Zehn Tipps für die kardiovaskuläre Prävention bei Rheumapatienten

Die europäische Rheumaliga EULAR hat zehn Empfehlungen für das kardiovaskuläre Risikomanagement bei Patienten mit RA veröffentlicht (Ann Rheum Dis 2017;76:17–28).

- 1 Optimale Kontrolle der Krankheitsaktivität: Laut Reinhold-Keller „die beste kardiovaskuläre Prophylaxe“ und die Voraussetzung für eine normale Lebenserwartung von RA-Patienten. Sie zitierte eine Kohortenstudie aus den Niederlanden, wonach bei Patienten mit einem Disease Activity Score (DAS) 28 von maximal 3,2 – Werte unter 2,6 gelten als Remission – verglichen mit Patienten mit höheren Werten das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse innerhalb von fünf Jahren um 35% reduziert ist (Ann Rheum Dis 2017;76:1693–1699).
- 2 Regelmäßige Einschätzung des kardiovaskulären Risikos: Die EULAR empfiehlt, entsprechende Screeninguntersuchungen mindestens alle fünf Jahre durchzuführen und auch bei Therapieumstellungen in Betracht zu ziehen.
- 3 Leitliniengemäßes Risikoassessment: Es soll sich an den nationalen Leitlinien zur kardiovaskulären Prä-

vention ausrichten, wobei mithilfe etablierter Scores (z. B. SCORE) das 10-Jahres-Risiko ermittelt wird (s. auch Punkt 5).

- 4 Lipidmessungen bei geringer Krankheitsaktivität: Bei RA-Patienten besteht ein Lipidparadoxon: „Je höher die Krankheitsaktivität, desto niedriger ist der Cholesterinspiegel“, erläuterte Reinhold-Keller. Das Lipidprofil sollte deswegen untersucht werden, wenn die Krankheit in Remission oder zumindest stabil ist. „Sonst haben Sie falsch niedrige Werte.“
- 5 Risikovorhersage anpassen: Wegen des rheumaspezifischen kardiovaskulären Risikos wird geraten, das mit klassischen Scores ermittelte 10-Jahres-Risiko mit dem Faktor 1,5 zu multiplizieren.
- 6 Ultraschalluntersuchung der Karotiden: „Das Vorhandensein von Karotisplaques ist eng korreliert mit dem Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen“, so Reinhold-Keller. Ein Screening per Ultraschall sei bei RA-Patienten daher zu empfehlen.
- 7 Lebensstilempfehlungen: Zur Senkung des vaskulären Risikos sollte auch RA-Patienten zu herzgesunder

Ernährung, regelmäßiger Bewegung und Nichtrauchen geraten werden.

- 8 Risikomanagement wie in Leitlinien: „Für die Behandlung von Hyperlipidämie und Hypertonie gelten dieselben Grenzwerte und Ziele wie für andere Hochrisikopatienten“, so Reinhold-Keller.
- 9 Vorsicht mit NSAR: Alle NSAR erhöhen das kardiovaskuläre Risiko und sollten bei RA-Patienten daher möglichst vermieden werden, insbesondere wenn schon eine manifeste Atherosklerose besteht. In diesem Zusammenhang betonte Reinhold-Keller, dass „NSAR in der RA-Therapie keinen Stellenwert haben“.
- 10 Keine hoch dosierte Kortikosteroid-Langzeittherapie: Prednisolon kann laut Reinhold-Keller schon in einer Dosierung von 5–10 mg/d das kardiovaskuläre Risiko deutlich erhöhen. In den aktualisierten Therapieempfehlungen der EULAR wird deswegen geraten, Prednisolon nach maximal sechs Monaten ganz abzusetzen. Laut Reinhold-Keller dürfen langfristig zumindest keine Dosierungen über 5 mg/d eingesetzt werden.

■ Internisten Update 2017, München, 1./2. Dezember 2017