

# Replik zum vorangegangenen Artikel «SMB, AGLA und das Statin-Conundrum»

Christoph A. Meier<sup>a</sup>,  
Urs Metzger<sup>b</sup>

a Fachspezialist für den  
SMB-Bericht über «Statine  
zur Primärprävention  
kardiovaskulärer Erkran-  
kungen» vom 30. 11. 2013

b für den Expertenrat SMB

Der Beitrag der Dres. Romanens und Ackermann wirft verschiedene wichtige Fragen auf, die einer etwas profunderen Reflexion bedürfen.

Der jüngste Bericht des Swiss Medical Boards schlägt vor, in der Schweiz den Schwellenwert für die Behandlung mit Statinen in der Primärprävention von einem Mortalitätsrisiko von aktuell 5% pro 10 Jahre auf 7,5% pro 10 Jahre anzuheben. Entgegen den Äusserungen der Autoren muss präzisiert werden, dass dieser Wert nicht aufgrund einer Intervention der AGLA zustande kam, sondern auf Empfehlung der Fachspezialisten.

Die Autoren werfen die entscheidende Frage der Definition von Primär- und Sekundärprävention auf, handelt es sich bei der Abschätzung des individuellen kardiovaskulären Risiko doch um ein Risikokontinuum mit evidenzbasierten, aber schlussendlich doch arbiträren Schwellenwerten, die u. a. von biomedizinischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Faktoren beeinflusst werden.

Die Idee, dass die Population, die einer Primärprävention mit Statinen zuzuführen sei, nicht nur aufgrund von klinischen und laborchemischen Parametern zu definieren sei, ist keineswegs neu. Bereits im Jahre 2006 hat eine Task Force den intuitiv nachvollziehbaren Vorschlag gemacht, dass verschiedene Modalitäten der Bildgebung verwendet werden sollten, um die kardiovaskuläre Risikostratifizierung aufgrund des Vorhandenseins von klinisch nicht-apparenten arteriosklerotischen Läsionen zu verfeinern [1]. Leider ist es allerdings bisher nicht gelungen, die durch solche bildgebende Verfahren gewonnenen zusätzlichen Informationen quantitativ in einen Risiko-Score (wie z. B. einen der von der AGLA vorgeschlagenen Risikorechnern) zu integrieren, was deren Nützlichkeit in der täglichen Praxis stark limitiert und die klinische Implementierung unmöglich macht. Hierfür sind sorgfältige Validations- und Interventionsstudien unabdingbar, umso mehr, als die verfügbaren Daten den Schluss erlauben, dass die seit langem bekannten Faktoren den allergrössten Teil des kardiovaskulären Risikos erklären.

Neben der fehlenden validierten Integration der durch die Bildgebung gewonnenen Informationen zur Berechnung eines individuellen absoluten kardiovaskulären Risikos, besteht die Gefahr der Überdiagnostik und allenfalls daraus resultierender unnötiger Interventionen und der damit verbundenen Risiken. Aus genau diesem Grunde hat erst kürzlich die U.S. Preventive Services Task Force empfohlen,

kein Screening für asymptomatische Karotisstenosen durchzuführen, da die Risiken (Komplikationen von unnötigen Interventionen) den potentiellen Nutzen zu überwiegen scheinen [2]. Auch wenn die Dres. Romanens und Ackermann lediglich eine Bildgebung der «Total Plaque Area» fordern, wird es wohl kaum vermeidbar sein, allfällige asymptomatische Karotisstenosen zu detektieren und damit einer unnötigen Überdiagnostik mit all ihren negativen Folgen Vorschub zu leisten, ohne dass für die Patienten aus dieser Untersuchung ein belegbarer Mehrwert entsteht.

## Es sollte mehr als nur marginale Risikosenkung bewirkt werden.

Den Autoren des hier kommentierten Artikels verdanken wir eine sehr gute Antwort auf das evozierte Statin-Conundrum: Der von ihnen geschilderte 60-jährige Giessereiarbeiter gibt bereits in der Anamnese eine TIA mit Hemianopsie an, was ihn aus der Kategorie der Primärprävention definitiv entfernt! Dieses von den Autoren gewählte Beispiel zeigt somit exemplarisch, dass in diesem Falle die von ihnen propagierte Ultraschalluntersuchung keinerlei neue Information zur Risikoabschätzung beitragen konnte.

Zweifelsohne sind kardiovaskuläre Erkrankungen häufig und führen zu viel Leid, und deren Prävention ist eine der grossen Herausforderungen für die westlichen Gesellschaften. Es ist daher umso wichtiger, dass wir gut validierte diagnostische Methoden und Therapien einsetzen, wobei Letztere bei den zu behandelnden Individuen mehr als nur marginale Risikosenkungen bewirken sollten.

### Referenzen

- 1 Naghavi M. From Vulnerable Plaque to Vulnerable Patient – Part III: Executive Summary of the Screening for Heart Attack Prevention and Education (SHAPE) Task Force Report. *Am J Cardiol.* 2006;98(suppl):2H–15H.
- 2 LeFevre ML. Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2014;161:356–62.

### Interaktiver Artikel



Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben: [www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/](http://www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/)

Korrespondenz:  
Susanna Marti Calmell  
Sekretariat Trägerschaft  
Swiss Medical Board  
Stampfenbachstrasse 30  
CH-8090 Zürich  
Tel. 043 259 52 11

[info\[at\]medical-board.ch](mailto:info[at]medical-board.ch)