

SYSTEMISCHE SKLEROSE

Bei der systemischen Sklerose handelt es sich um eine seltene Autoimmunerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis, welche mit einer Prävalenz von 15/100.000 in Europa angegeben wird.

Da es sich um eine Multisystemerkrankung handelt, sind zahlreiche Symptome möglich. Zu den Hauptmerkmalen der Systemischen Sklerose zählt die Hautfibrose. Das Ausmaß sowie die Progredienz einer Hautfibrose spiegeln die Krankheitsaktivität und den Umfang eines Organbefalles wider, dennoch sind lebensbedrohliche Verläufe auch ohne Hautfibrose möglich. Im frühen Erkrankungsstadium zeigen sich oft „puffy fingers“ – eine Schwellung der Finger, aber noch ohne nachweisbare Hautsklerose. Auffällig sind außerdem die Ausbildung von Teleangiektasien im Gesicht, an den Handinnenflächen und am Stamm sowie eine Calcinosis cutis. Bei gleichzeitigem Auftreten eines Raynaud-Phänomens sollte an eine Systemische Sklerose gedacht werden.

Therapie

Therapeutisch stehen verschiedene medikamentöse (immunsuppressive sowie antifibrotische und vasodilatative Präparate) wie auch nicht-medikamentöse Optionen zur Verfügung. So sollte vor allem auch an die Verbesserung und den Erhalt der Beweglichkeit, Muskelkraft, Handfunktion sowie an eine Kälteschutzberatung gedacht werden. Glukokortikoide, insbesondere bei Dosierungen ab 15 mg/d, sollten vermieden werden, da sie das Auftreten einer renalen Krise begünstigen können.

Weitere mögliche Organbeteiligungen

- › **interstitielle Lungenerkrankung**
(bei ca. 50%, Screening mittels hochauflösender CT)
- › **pulmonale Hypertonien**
- › **kardiale Beteiligung mit diastolischer Dysfunktion**
- › **Vaskulopathien**
(Raynaud-Phänomen als häufigstes Frühsymptom, akrale Ulzera, kritische Ischämien mit Ruheschmerzen)
- › **gastrointestinale Symptome**
(verursacht durch Motilitätsstörungen)
- › **Nierenbeteiligungen**
(v.a. akute renale Krisen mit RR-Anstieg, hämolytischer Anämie und Nierenfunktionsverschlechterung; insbesondere bei positiven RNA-Polymerase-III-Antikörpern)
- › **Sicca-Symptome**
- › **muskuloskeletale Beteiligungen**
(Kontrakturen, Arthralgien, Myositis etc.)
- › **Leistungsminderung und Fatigue**





ESC-LEITLINIE FÜR DAS MANAGEMENT DER DYSLIPIDÄMIEN

Auf dem ESC-Kongress (European Society of Cardiology) 2025 wurde ein Update für die 2019er Leitlinie für Dyslipidämien vorgestellt. Unter anderem wurde folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Abschätzung des kardiovaskulären Risikos

SCORE2 (40–69 J.) und SCORE2-older persons; (70–89 Jahre) statt wie bisher mittels SCORE

► www.heartscore.org, moderate risk für Dtl.

Anhaltend erhöhtes hsCRP > 2mg/l und Lipoprotein (a) > 50mg/dl werden als ergänzende Marker empfohlen, wenn sich der Patient mittels SCORE2 und LDL-Wert in einem Grenzfall zwischen Lebensstilmodifikation und medikamentöser Therapie befindet. Hier können die Parameter einen Ausschlag neben anderen klinischen Parametern geben.

CT-morphologische Zeichen einer subklinischen Atherosklerose; ein erhöhter CAC score sollten bei Patienten mit moderatem SCORE2-Risiko oder bei Grenzfällen mit einbezogen werden.

Neue LDL-Cholesterin senkende Therapien

Statin-Alternativen (Bempedoinsäure, Ezetimib u. a.) sollten bei Nicht-Erreichen der LDL-Ziele und indizierter medikamentöser Therapie nach Abwägung der Wirkstoffe untereinander eingesetzt werden, wenn der Patient kein Statin verträgt.

Hypertriglyceridämie

Icosapent Ethyl sollte als Zusatz zur Statintherapie diskutiert werden, wenn der Patient

SCORE2 high-risk oder very high-risk ist und der Patient Nüchtertriglyceride zwischen 1.52 und 5.63 mmol/l hat.

Bei schwerer Hypertriglyceridämie ab > 8.5 mmol/l bei familiärem Chylomikronämiesyndrom sollte Volanesorsen diskutiert werden.

Nahrungsergänzungsmittel

Es wird eine gesunde Ernährung empfohlen. Supplemente sollten nur dann eingenommen werden, wenn diese klinisch auf Unbedenklichkeit getestet und eine signifikante LDL-Cholesterin-Senkung nachgewiesen wurde

HIV-Infektion und kardiovaskuläres Risiko

Eine Primärprävention sollte unabhängig von SCORE2 und LDL-Spiegel ab 40 Jahren mittels Statintherapie durchgeführt werden (Interaktionen mit evtl. Therapie HIV beachten).

Patienten unter Krebstherapie

Bei Patienten mit hohem oder sehr hohem Risiko für die Entwicklung einer Anthrazyklin-induzierten Kardiotoxizität sollte ein Statin diskutiert werden.

Quelle:

European Heart Journal (2025) 46, 4359–4378
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>, <https://herzmedizin.de/fuer-aerzte-und-fachpersonal/newsroom/herzerkrankungen/praevention/esc-congress-2025-update-leitlinie-dyslipidaemie>

**JETZT
ANMELDEN**
unsere Fortbildung
im September

16.00 Uhr
Führung Meckelsche Sammlung im Institut für Anatomie und Zellbiologie

17.00 Uhr
Bakteriophagentherapie – mit Viren gegen antibiotikaresistente Bakterien
Prof. i. R. Dr. Peter Heisig, Institut f. Biochemie und Molekularbiologie, Universität Hamburg

18.00 Uhr
Genetische Diagnostik der familiären Hypercholesterinämie
Dr. Sanja Milkovska-Stamenova, ParoX GmbH Leipzig

19.00 Uhr
Empfang mit Buffet und Diskussion

Mittwoch, 23.09.2026
16:00 Uhr–20:00 Uhr
Institut für Anatomie und Zellbiologie
Große Steinstraße 52
06108 Halle

Anmeldung bei
katja.duczek@aolabor.de