

Wytyczne European Society of Cardiology i European Atherosclerosis Society dotyczące postępowania w dyslipidemii



dr hab. med. Piotr Jankowski
I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego,
Instytut Kardiologii, Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Opracowano na podstawie: ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011;32:1769-818.

Dyslipidemia jest jednym z trzech najważniejszych (oprócz palenia tytoniu i nadciśnienia tętniczego) czynników odpowiedzialnych za rozwój miażdżycy i jej powikłań. Wśród jej licznych form największe znaczenie w praktyce klinicznej przypisuje się podwyższonemu stężeniu cholesterolu całkowitego oraz cholesterolu LDL, przy czym możemy wpłynąć na te czynniki poprzez modyfikację stylu życia i zastosowanie farmakoterapii, a liczne dowody pokazują korzystny wpływ takich interwencji na rokowanie. Jednak inne postaci dyslipidemii (np. hipertriglicerydemia czy niskie stężenie cholesterolu HDL) również mogą przyczynić się do rozwoju chorób układu krążenia.

Warto pamiętać, że dyslipidemia może mieć różne znaczenie patofizjologiczne u różnych osób, co może być związane z genetycznie uwarunkowaną predyspozycją.

Wskazania do leczenia hipolipemizującego, a także jego intensywność ustala się na podstawie stężenia cholesterolu frakcji LDL oraz oceny ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego, której należy dokonać, korzystając z tablic SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). W wytycznych przedstawiono osobne tablice dla populacji małego i dużego ryzyka sercowo-naczyniowego oraz informacje na temat ryzyka w populacjach poszczególnych krajów Europy. Polska należy do krajów z wysokim ryzykiem populacyjnym. Ponadto w najnowszych wytycznych są również dostępne tablice uwzględniające stężenie cholesterolu HDL. Wzięcie pod uwagę tego parametru pozwala na dokład-

niejszą ocenę ogólnego ryzyka. W tabeli 1 przedstawiono definicje poszczególnych kategorii ryzyka sercowo-naczyniowego. Na podstawie stężenia cholesterolu frakcji LDL oraz ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego ustala się wskazania do leczenia hipolipemizującego, a także określa jego intensywność (tab. 2). Wśród parametrów lipidogramu, takich jak stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL i HDL oraz triglicerydów, podstawowe znaczenie w ocenie wskazań do włączenia leczenia hipolipemizującego ma stężenie cholesterolu LDL, pozostałe natomiast mogą pomóc w wyborze terapii.

Najważniejszym celem leczenia hipolipemizującego jest obniżenie stężenia cholesterolu LDL. Jego docelowe wartości zależą od wielkości ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego. U osób z grupy bardzo dużego ryzyka należy dążyć do uzyskania stężenia LDL $<1,8$ mmol/l (~ 70 mg/dl) lub obniżenia wartości wyjściowej o co najmniej 50%; u pacjentów z grupy dużego ryzyka sercowo-naczyniowego do $<2,5$ mmol/l (~ 100 mg/dl), a u osób z grupy umiarkowanego ryzyka $<3,0$ mmol/l (~ 115 mg/dl) (tab. 1). Zasady leczenia hipercholesterolemii przedstawiono na rycinie 1.

U osób z dyslipidemią mieszaną, czyli tych, u których występuje dodatkowo hipertriglicerydemia, po uzyskaniu docelowego stężenia cholesterolu LDL należy ocenić, czy leczenie doprowadziło również do obniżenia stężenia triglicerydów do pożądanego poziomu. Jeśli jest ono podwyższone, należy rozważyć wdrożenie postępowania zmierzającego do jego obniżenia.

U osób z hipertriglicerydemią należy przede wszystkim wykluczyć wtórną postać tego zaburzenia (którego przyczyną może być otyłość, cukrzyca, nadużywanie alkoholu, niedoczynność tarczycy, choroby autoimmunologiczne, leki itd.). Podkreśla się, że w zmniejszaniu stężenia triglicerydów szczególnie skuteczna jest zmiana stylu życia. Farmakoterapię należy rozważyć u osób z co najmniej dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym i stężeniem triglicerydów $>2,3$ mmol/l (~ 200 mg/dl), jeśli modyfikacja stylu życia nie jest skuteczna.

Komentarz:

W aktualnych europejskich wytycznych¹ podkreślono znaczenie oceny całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego. Przy użyciu tablic SCORE (które uwzględniają wiek, płeć, palenie tytoniu, stężenie cholesterolu całkowitego i cholesterolu frakcji HDL oraz wartość ciśnienia skurczowego) ocenia się ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat. U wszystkich osób z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym wskazane jest podjęcie intensywnych działań mających na celu modyfikację czynników ryzyka. Należy podkreślić, że w grupach osób z grupy niższego ryzyka należy także prowadzić działania prewencyjne, choć mniej intensywne; w większym stopniu powinny one polegać na zmianie stylu życia, a w mniejszym na farmakoterapii w porównaniu z osobami z 10-letnim ryzykiem zgonu $\geq 5\%$.

Ocenę całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego ułatwia program HeartScore (ESC) (dostępna jest wersja polskoję-

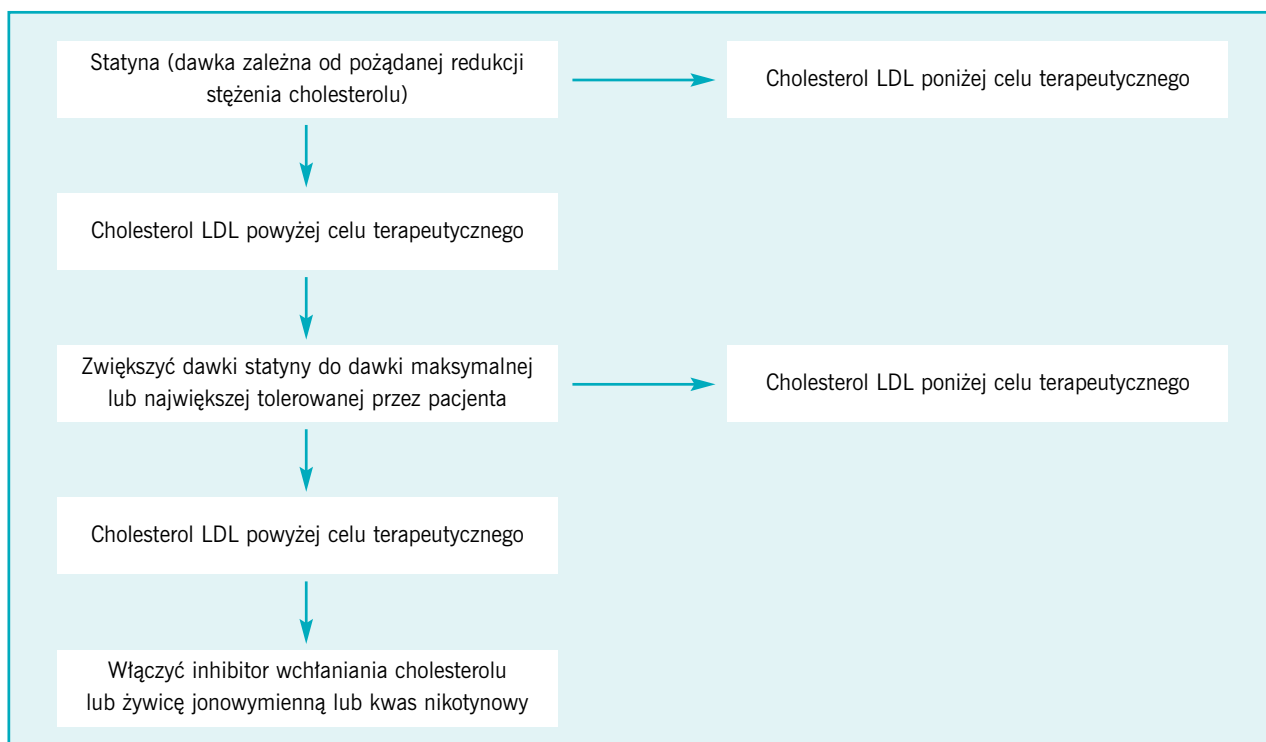
Tabela 1. Stratyfikacja ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego	
Ryzyko	Kryteria
Małe	Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat <1% (SCORE)
Umiarkowane	Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat ≥1-<5% (SCORE)
Duże	Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat ≥5-<10% (SCORE) lub znacznie nasilony pojedynczy czynnik ryzyka, np. ciężkie nadciśnienie tętnicze lub rodzinna dyslipidemia
Bardzo duże	Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych w ciągu 10 lat ≥10% (SCORE) lub choroba niedokrwienna serca, udar niedokrwienny mózgu, choroba tętnic obwodowych, cukrzyca typu 2, cukrzyca typu 1 ze zmianami narządowymi lub przewlekła choroba nerek (GFR <60 ml/min/1,73 m ²)

Tabela 2. Wskazania do leczenia hipolipemizującego w zależności od ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego oraz stężenia cholesterolu LDL wg wytycznych ESC/EAS ¹					
Ryzyko sercowo-naczyniowe	Stężenie cholesterolu LDL w surowicy				
	<1,8 mmol/l (~70 mg/dl)	1,8-2,5 mmol/l (~70-100 mg/dl)	2,5-4,0 mmol/l (~100-155 mg/dl)	4,0-4,9 mmol/l (~155-190 mg/dl)	>4,9 mmol/l (~190 mg/dl)
Małe	Bez interwencji	Bez interwencji	Modyfikacja stylu życia	Modyfikacja stylu życia	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący, jeśli stężenie cholesterolu LDL przekracza wartości docelowe
Umiarkowane	Modyfikacja stylu życia	Modyfikacja stylu życia	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący, jeśli stężenie cholesterolu LDL przekracza wartości docelowe	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący, jeśli stężenie cholesterolu LDL przekracza wartości docelowe	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący, jeśli stężenie cholesterolu LDL przekracza wartości docelowe
Duże	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący*	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący*	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący
Bardzo duże	Modyfikacja stylu życia, ewentualnie + lek hipolipemizujący*	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący	Modyfikacja stylu życia + lek hipolipemizujący

* U osób po zawale mięśnia sercowego leczenie statyną może być wskazane niezależnie od stężenia cholesterolu LDL.

zyczna: <http://www.heartscore.org/pl/Pages/Welcome.aspx>), który jest interaktywną wersją tabel ryzyka SCORE. Po wprowadzeniu danych dotyczących głównych czynników ryzyka uzyskujemy 10-letnie ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Program ten umożliwia również przedstawienie ryzyka w atrakcyjnej formie graficznej, co może być szczególnie ważne dla edukacji pacjenta. Programu HeartScore można

również użyć w celu pokazania pacjentowi, w jakim stopniu zmniejszy się ryzyko zgonu po modyfikacji czynników ryzyka. Za pomocą tego programu można ponadto wyjaśnić pacjentowi (również używając automatycznie generowanych wykresów), który z czynników jest odpowiedzialny w największym stopniu za zwiększenie ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego.



□ Rycina 1. Schemat leczenia hipercholesterolemii

Komentowane wytyczne¹ różnią się istotnie od wytycznych dotyczących hiperlipidemii zawartych w dokumencie europejskich towarzystw naukowych dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia z 2007 r.² Oto najważniejsze różnice:

- W nowych wytycznych zawarto tablice SCORE uwzględniające stężenie cholesterolu HDL, co pozwala na dokładniejszą ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego. Może to mieć szczególne znaczenie u pacjentów z granicznym ryzykiem. U takich osób uwzględnienie stężenia cholesterolu HDL może ułatwić podjęcie decyzji dotyczącej włączenia farmakoterapii lub ustalenie docelowego stężenia cholesterolu LDL.
- Zmieniono cele terapeutyczne. Obecnie uwzględniają one opublikowane w ostatnich latach wyniki dużych prób klinicznych.
- Podkreślono, że w leczeniu hipercholesterolemii podstawowe znaczenie ma stosowanie statyn, których dawki należy zwiększać do maksymalnych lub największych tolerowanych przez pacjenta. Jeśli mimo takiego postępowania nie uzyskuje się właściwej kontroli stężenia cholesterolu, można rozważyć dołączenie innego leku, np. inhibitora wchłaniania cholesterolu.
- Podkreślono zasadność leczenia hipertriglicydemii. Według nowych wytycznych w tym wskazaniu lekami pierwszego rzutu są fibraty.

Nowe wytyczne stanowią cenne podsumowanie bieżącego stanu wiedzy i ułatwiają postępowanie w codziennej praktyce lekarskiej. Pełne wdrożenie zaleceń zawartych w komentowanym dokumencie w codziennej praktyce może pozwolić na znaczącą poprawę w zakresie kontroli hipercholesterolemii w Polsce.³

Piśmiennictwo:

1. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011;32:1769-818.
2. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14 Suppl 2: S1-113.
3. Jankowski P, Kloch-Badełek M, Dębicka-Dąbrowska D. Lipid-lowering drugs and control of hypercholesterolemia in Poland: recent evidence. *Pol Arch Med Wewn* 2011;121:164-71.