

Kdy neléčit dyslipidemií?

MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D., doc. MUDr. David Karásek, Ph.D.

3. interní klinika – nefrologie, revmatologie, endokrinologie; Fakultní nemocnice Olomouc

Článek se zabývá klinickými situacemi, při kterých by měla být ukončena anebo nezahajována terapie dyslipidemie. Zvláště je pojednáno o neléčení hypercholesterolemie a hypertriglyceridemie.

Klíčová slova: dyslipidemie, hypercholesterolemie, statiny.

When not to treat dyslipidemia?

We bring a report about clinical situations with indication to stop or not to start therapy of dyslipidemia. We discuss contraindications of treatment of hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia.

Key words: dyslipidemia, hypercholesterolemia, statins.

Kdy nezahajovat léčbu dyslipidemií?

Pod léčbou dyslipidemií (DLP) je běžně vnímána farmakoterapie. Přesto bychom neměli zapomínat na **nefarmakologická opatření** a tato zahájit při zjištění DLP vždy, bez výjimky. U nemocných v primární prevenci je více času na nasazení farmak, a proto můžeme zahájit nefarmakologickými opatřeními a nemocného zkontrolovat po 3–6 měsících a teprve pak uvážit nezbytnost farmakoterapie. Odložení léčby o několik měsíců nemá u naprosté většiny takovýchto pacientů z hlediska jejich prognózy žádný význam (1).

Vždy je také potřeba vyloučit **sekundární dyslipidemií** a tuto léčit dříve, než budeme zvažovat terapii samotné DLP.

Tato doporučení platí jak pro pacienty s hypercholesterolemií, tak pro pacienty s hypertriglyceridemií. Dále budou obě skupiny DLP rozebrány zvlášť.

Kdy nezahajovat léčbu hypercholesterolemie?

Existuje jen málo lékových skupin, pro které máme tak pádné důkazy o jejich účinnosti jako pro základní léky k terapii hypercholeste-

rolemie – statiny. Přesto by měl být přístup ke snižování krevních lipidů vždy individuální a je potřeba mít vždy na paměti záměr, pro který je statin pacientovi podáván, a je potřeba zodpovědně zvážit poměr rizika a přínosu léčby.

Indikace terapie statiny se odvíjí z **odhadu kardiiovaskulárního (KV) rizika** daného pacienta, který vychází z **tabulek SCORE** (dostupné např. na stránkách https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/Publications/_Summary%20card/Summary_CVD_Prevention-2016_Final%20for%20Web.pdf), které je pak dále upraveno dle výskytu dalších rizikových faktorů KV onemocnění, jako je předčasná manifestace ischemické choroby srdeční (ICHS) v rodinné anamnéze, přítomnost abdominální obezity, míra fyzické aktivity, hladina HDL cholesterolu, triglyceridů, C-reaktivního proteinu, Lp(a), fibrinogenu, homocysteinu, apo B a také sociální vrstva, do níž jedinec patří (2). Je potřeba si uvědomit, že riziko ICHS zvyšují také modifikovatelné rizikové faktory, především kouření, obezita a hypertenze. Jejich eliminací se může snížit riziko ICHS tak, že nebude farmakoterapie DLP nutná (1).

Nasazení statinu se pak odvíjí dle posouzení KV rizika dle tabulek SCORE a hodnoty

LDL-cholesterolu (viz Tab. 1) (2). Měli bychom však v primární prevenci ICHS vyčlenit dvě skupiny nemocných – nemocní s **familiární hypercholesterolemií** a nemocní s **diabetes mellitus**. Jejich riziko koronární příhody je vždy vysoké a přístup k léčbě DLP je u nich podobný jako u nemocných v sekundární prevenci ICHS, tedy bychom s nasazením statinu neměli otálet (1). U dětí s familiární hypercholesterolemií je farmakologická léčba zahajována ve starším školním věku nebo během adolescence (2).

U pacientů v **sekundární prevenci ICHS** je dnes preferováno časné zahájení farmakologické léčby. Přesto se léčba statiny po akutním koronárním syndromu nezahajuje při hladině LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l, při anamnéze myopatie při léčbě statiny a u pacientů s předpokládanou délkou života méně než 6 měsíců. U ostatních nemocných v sekundární prevenci je nezbytné ihned po zjištění DLP nasadit i farmakologickou léčbu.

Zvláštní skupinu představují **starší pacienti**. U nich v sekundární prevenci platí stejná doporučení pro indikaci léčby i cílové hodnoty jako u mladších věkových kategorií. V primární prevenci má být u starších pacientů farmakolo-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D., cibickova@seznam.cz
3. interní klinika – nefrologie, revmatologie, endokrinologie
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Interní Med. 2017; 19(5): 272–273
Článek přijat redakcí: 3. 7. 2017
Článek přijat k publikaci: 21. 9. 2017

Tab. 1. Intervenční strategie vycházející z celkového KV rizika a hodnot LDL cholesterolu

celkové KV riziko (SCORE)	hladiny LDL cholesterolu				
	< 1,8 mmol/l	1,8–2,4 mmol/l	2,5–3,9 mmol/l	4,0–4,8 mmol/l	> 4,9 mmol/l
< 1	bez hypolipidemické intervence	bez hypolipidemické intervence	změna životního stylu	změna životního stylu	změna životního stylu, nejsou-li hladiny LDL-cholesterolu pod kontrolou, zvážit farmakoterapii
≥ 1 do < 5	změna životního stylu	změna životního stylu	změna životního stylu, nejsou-li hladiny LDL-cholesterolu pod kontrolou, zvážit farmakoterapii	změna životního stylu, nejsou-li hladiny LDL-cholesterolu pod kontrolou, zvážit farmakoterapii	změna životního stylu, nejsou-li hladiny LDL-cholesterolu pod kontrolou, zvážit farmakoterapii
≥ 5 do < 10	změna životního stylu, zvážit farmakoterapii	změna životního stylu, zvážit farmakoterapii	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie
≥ 10	změna životního stylu, zvážit farmakoterapii	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie	změna životního stylu a okamžitá farmakoterapie

gická léčba zvážena u osob s alespoň jedním dalším významným KV rizikovým faktorem kromě věku (dle kterého by striktně podle tabulek SCORE museli být léčeni všichni pacienti nad 65 let) (4).

Klesající rychlost glomerulární filtrace souvisí se zvýšeným KV rizikem a terapie DLP při chronickém onemocnění ledvin je doporučena (2), avšak terapii nezahajujeme u pacientů v **terminálním stadiu** onemocnění ledvin a krátkou životní prognózou a u pacientů s **terminálním selháním ledvin** na dialýze.

Co se týče **žen**, statiny by neměly být podávány ženám v reprodukčním věku bez spolehlivě zajištěné antikoncepce a jsou kontraindikovány také v těhotenství a při kojení. Farmakoterapii samozřejmě nikdy nezahajujeme u žen plánujících těhotenství (2, 3).

Statiny jsou také kontraindikovány při aktivním **jaterním onemocnění** nebo neobjasněném přetrvávajícím zvýšení sérových transamináz na více než trojnásobek normálních hodnot. Dále také nezahajujeme terapii statinem při elevaci **svalových enzymů** – je-li výchozí hodnota kreatinkinázy (CK) nad 4násobek normálních hodnot. Před nasazením statinů je proto vhodné provést

vyšetření ALT a CK, aby byli identifikováni pacienti, u kterých jsou tyto léky kontraindikovány (2, 4).

Kdy neléčit hypertriglyceridemií?

Hypertriglyceridemie je rovněž pokládána za rizikový faktor KV onemocnění. Před zahájením její terapie je však třeba zvážít **sekundární příčiny** (zejm. diabetes mellitus 2. typu, abúzus alkoholu, hypotyreózu) a tyto nejprve zaléčit (2). Fibráty, jakožto první volbu v terapii hypertriglyceridemie, u pacientů v KV prevenci nenasazujeme, pokud se nejedná o pacienta s vysokým celkovým KV rizikem a triglyceridy nad 2,3 mmol/l. Nejdříve bychom se však měli vždy pokusit snížit triglyceridy změnami v **životním stylu** (zejména abstinence alkoholu, omezení konzumace sladkostí a tučných jídel, úprava hmotnosti, pravidelná fyzická aktivita) a eventuálně také posílení terapie diabetu (nasazení inzulínterapie či další metody zlepšení kompenzace diabetu) (1, 2, 5). Při zvýšení koncentrace TG nad 7 mmol/l (těžká hypertriglyceridemie) je třeba zahájit kromě nefarmakologických opatření také hypolipidemickou terapii fibrátem, abychom zabránili vzniku akutní pankreatitidy (5).

Kdy léčbu dyslipidemie ukončit?

V sekundární prevenci terapii ukončujeme pouze v případě **nežádoucích účinků**. V primární prevenci pak ve výjimečných případech, kdy např. nemocný dramaticky změnil své stravovací návyky, zredukuje významně hmotnost, pak lze farmakoterapii vysadit (jedná se však o malé procento nemocných) (3).

Dále nebudeme pokračovat v hypolipidemické léčbě u pacientů, jejichž životní **prognóza** je kratší než 3–5 let (3).

Pokud se jedná o ženu s familiární hypercholesterolemíí plánující **rodičovství**, pak doporučujeme vysadit hypolipidemickou léčbu tři cykly před otěhotněním (3).

Léčbu statiny ukončujeme také při elevaci **jaterních testů** na trojnásobek normálních hodnot; případně je možné jejich dávku snížit a provést kontrolu jaterních testů za 4–6 týdnů (2). Dále léčbu ukončujeme při elevaci **CK** na více než 10násobek normálních hodnot (i v případě absence svalových symptomů). Pokud je pacient asymptomatický a vzestup CK je menší než 10násobek normálních hodnot, lze v léčbě statinem pokračovat (2).

Podpořeno: MZ ČR – RVO
(FNOL, 00098892) - 87-62

LITERATURA

- Soška V. Terapie DLP. In: Poruchy metabolismu lipidů. Diagnostika a léčba. Grada, 2001; 82–86.
- Janský P, Rosolová H, Vrablík M. 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of Dyslipidaemias. Summary of the document prepared by the Czech Society of Cardiology. Cor et

Vasa 2017; 59: 389–415.

- Češka R. Praktické postupy v léčbě HLD a DLP. In: Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií. Triton 2012; 337–353.
- Soška V, Vavřková H, Vrablík M, et al. Stanovisko výboru

ČSAT k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2011. Doporučené postupy. Vnitř Lék 2013; 59(2): 120–126.

- Rosolová H. Současný stav hypolipidemické léčby u nás. Interv Akut Kardiol 2016; 15(2): 81–84.