Fixná kombinácia rosuvastatínu s ezetimibom v liečbe pacienta s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom

MUDr. Roman Margóczy
SÚSCCH a. s., Banská Bystrica

SÚHRN

Kazuistika opisuje dnes 56-ročného pacienta s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom. Rodinná anamnéza je pozitívna na artériovú hypertenziu v mladom veku a koronárnu chorobu srdca, diabetes mellitus 2. typu a onkologické ochorenia v geriatrickom veku.
V osobnej anamnéze pri prvom kontakte s pacientom dominuje obezita (BMI = 34,2 kg/ m^2), artériová hypertenzia od 30. roku veku, aktuálne 3. stupňa, diabetes mellitus 2. typu od 47. roku veku, v tom čase na diéte, retinopatia, nefropatia a zmiešaná hyperlipoproteinémia, ktorá síce bola diagnostikovaná, ale z rozhodnutia pacienta neliečená. Za posledných 5 rokov dokumentujeme zhoršenie rizikového profilu pacienta pri odmietaní hypolipidemickej liečby, našu snahu o jeho kontinuálnu edukáciu, ako aj využitie fixných kombinácií s cieľom prevencie polypragmázie a zlepšenia adherencie pacienta.



ÚVOD

Podľa najnovších Odporúčaní ESC/EAS pre manažment dyslipidémií z roku 2019[1] sú odporúčané cieľové hodnoty LDL-cholesterolu u pacientov s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom < 1,4 mmol/l v primárnej aj sekundárnej prevencii a u pacientov po prekonaní kardiovaskulárnej príhody v prípade ďalšej príhody do 2 rokov v akomkoľvek poradí (koronárne, karotické, periférne artériové) sa odporúča zníženie LDL-cholesterolu dokonca až pod 1,0 mmol/l. Túto skupinu pacientov definujeme ako jedincov s extrémne vysokým kardiovaskulárnym rizikom, čo je novinka v klasifikácii práve od roku 2019. V oboch spomínaných rizikových skupinách sa zároveň odporúča ≥ 50-percentná redukcia východiskovej hodnoty LDL-cholesterolu.

Rosuvastatín ako najpotentnejší statín na našom, ale i svetovom trhu by mal byť základným kameňom hypolipidemickej liečby. Nielen pre svoju účinnosť, ale aj dobrú toleranciu zo strany pacientov pri minime nežiaducich účinkov. Napriek svojej účinnosti však nedokáže u všetkých pacientov dosiahnuť cieľové

hodnoty LDL-cholesterolu, a preto je nutné ho kombinovať s nestatínovým ezetimibom, preferenčne vo fixnej kombinácii. Tu sa ukazuje ďalšia nesporná výhoda rosuvastatínu v podobe existencie fixnej kombinácie ezetimibu s plnou dávkou statínu na rozdiel od atorvastatínu, kde trh ponúka nanajvýš dávku polovičnú.

KAZUISTIKA

56-ročný pacient s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom bol prvýkrát hospitalizovaný na našom pracovisku v júli 2015 pre bolesti na hrudníku s vyžarovaním do krku a epigastria, spojené s dynamickými zmenami ST úseku na prednej stene. Stav pri príjme hodnotený ako akútny koronárny syndróm. Echokardiograficky prítomná hypertrofia stien ľavej komory s poruchou relaxácie, ostatné v norme. Koronarografia dokumentuje neobturujúce jednocievne postihnutie RIA, postupujeme preto konzervatívne. Laboratórne kardiošpecifické enzýmy opakovane v norme, dominuje závažná zmiešaná hyperlipoproteinémia s hodnotami celkového cholesterolu 7,5 mmol/l, LDL-cholesterolu 5,12 mmol/l, HDL-cholesterolu 1,01 mmol/l a triacylglycerolov 3,01 mmol/l. Pacient prepustený s diagnózou nestabilná angina pectoris, neobturujúca koronárna choroba srdca s jednocievnym postihnutím, artériová hypertenzia 3. stupňa s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom a retinopatiou, zmiešaná hyperlipoproteinémia s prevahou hyper-LDL-cholesterolémie, diabetes mellitus 2. typu na diéte. V odporúčaní sa okrem režimových opatrení uvádza kyselina acetylosalicylová, vazodilatačný betablokátor, fixná kombinácia ACEI/D/BKK a v tom čase dostupná fixná kombinácia simvastatínu s ezetimibom. Je teda zrejmá snaha o ovplyvnenie viacerých patofyziologických mechanizmov prostredníctvom čo možno najmenšieho počtu liekov. V tomto prípade išlo o štyri lieky, z toho tri s dávkovaním 1 x denne a jedného s dávkovaním 2 x denne.

Nasledovalo obdobie, počas ktorého pacient vynechával plánované kontroly a liečbu užíval nepravidelne, najmenej adherentný bol k liečbe hypolipidemickej. Rovnako manažment diabetu bol insuficientný napriek v medziobdobí začatej liečbe metformínom. Po uplynutí štyroch rokov prichádza na kontrolu, deklaruje ochotu spolupracovať. Aktuálny lipidogram s hodnotami celkového cholesterolu 7,03 mmol/l, LDL-cholesterolu 4,83 mmol/l, HDL-cholesterolu 0,98 mmol/l a triacylglycerolov 6,23 mmol/l, glykémia nalačno 11,5 mmol/l. Odosielame na diabetologickú kontrolu a žiadame o zváženie liečby SGLT2 inhibítorom vzhľadom na kardiovaskulárny benefit pre pacienta, vzhľadom na indikačné obmedzenia napokon pridaný GLP-1 receptorový agonista. Naše odporúčanie stále obsahuje kyselinu acetylosalicylovú, fixnú kombináciu ACEI/D/BKK, fixnú kombináciu vazodilatačného betablokátora s ivabradínom a fixnú kombináciu plnej dávky rosuvastatínu s ezetimibom. Naďalej sa snažíme o minimalizáciu počtu liekov, aj vzhľadom na súčasnú liečbu diabetes mellitus.

Pri ďalšej kontrole, na ktorú pacient prichádza podľa objednania, deklaruje plnú adherenciu k liečbe, čo dokumentujeme lipidogramom s hodnotami celkového cholesterolu 4,15 mmol/l, LDL-cholesterolu 2,79 mmol/l, HDL- cholesterolu 0,93 mmol/l a triacylglycerolov 2,27 mmol/l. Z pôvodnej hodnoty LDL-cholesterolu teda evidujeme 43-percentný pokles. Odporúčaný cieľ síce nie je naplnený ani v absolútnom, ani v relatívnom poklese, ide však o najlepšiu hodnotu dokumentovanú za niekoľko rokov v duchu hesla „*čím nižšie, tým lepšie*“.

Podľa platných európskych odporúčaní z roku 2019, keďže neboli dosiahnuté cieľové hladiny lipidov u pacienta na maximálnej dávke kombinovanej medikamentóznej hypolipidemickej liečby, ďalej zvažujeme liečbu PCSK9 inhibítorom.

Zároveň pre intermitentné výpadky zorného poľa od ostatnej kontroly realizujeme duplexné sonografické vyšetrenie karotíd s nálezom hemodynamicky významnej stenózy ACI l. dx., čo má za následok potrebu realizácie karotického stentingu s dobrým výsledným angiografickým aj klinickým efektom a pridanie klopidogrelu do liečby. Otvorenou otázkou ostáva, aký by bol osud pacienta v prípade, ak by jeho adherencia k liečbe bola od začiatku dobrá. Nech je táto kazuistika poučením o nutnosti trpezlivo a kontinuálne edukovať pacientov (nielen v najvyššom riziku) o potrebe dodržiavania adherencie.

ZÁVER

Ateroskleróza a jej komplikácie sa môžu manifestovať vo viacerých povodiach, kardiovaskulárnom, cerebrovaskulárnom či periférnom artériovom povodí. Etiológia je multifaktoriálna, pričom rizikové faktory delíme na modifikovateľné a nemodifikovateľné. Ako už z ich definície vyplýva, nie všetky rizikové faktory dokážeme ovplyvniť. Najvýznamnejším modifikovateľným rizikovým faktorom ostáva hyperlipoproteinémia, a preto potrebujeme sústrediť naše úsilie týmto smerom v duchu aktuálne platných odporúčaní, ktoré majú podtitul „*Modifikácia lipidov na redukciu kardiovaskulárneho rizika*“.

Literatúra

1. *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. European Heart Journal (2020) 41, 111-188, doi:10.1093/eurheartj/ehz455*

“Kazuistika je prípadom z reálnej klinickej praxe. Odpoveď na liečbu sa môže u konkrétneho pacienta líšiť.”