

Stačí u obézneho pacienta s dyslipoproteinémiou na zníženie kardiovaskulárneho rizika len redukcia hmotnosti?

MUDr. Oľga Šramková

II. klinika kardiológie a angiológie SZU a SÚSCCH a. s. Banská Bystrica,
ambulancia všeobecnej kardiológie, kardiologické oddelenie

Abstrakt

Kazuistika popisuje prípad 41-ročného pacienta s dyslipoproteinémiou, obezitou, s arteriálnou hypertenziou, DM typ 2, s koronárnou chorobou, po PCI koronárnej artérie, fajčiara, ktorý aj napriek duálnej liečbe statínom a ezetimibom nedosiahol dostatočný pokles hladiny LDL-cholesterolu. Aj napriek zmene životného štýlu, exfajčeniu a snahe pacienta uňho nedošlo k redukcii hmotnosti. Až po absolvovaní bariatrickej operácie a redukcii hmotnosti pacienta a po pridaní inhibítora PCSK9 došlo k želanému poklesu hladiny LDL-cholesterolu.

Úvod

Obezita je chronické, progredujúce, relapsujúce systémové metabolické ochorenie charakterizované zvýšenou akumuláciou tuku a jeho nedostatočnou mobilizáciou z tkanív, kde sa ukladá za fyziologických podmienok, so súčasným nárastom hmotnosti v dôsledku energetickej dysbalancie medzi príjmom a výdajom energie. Obezitu musíme chápať jednak ako chronické ochorenie, ale aj ako rizikový faktor rozvoja ďalších chronických závažných ochorení vrátane kardiovaskulárnych ochorení. Dyslipoproteinémia je jedným z kľúčových faktorov kardiovaskulárnych ochorení a LDL-cholesterol ostáva primárnym liečebným cieľom. Kombinácia obezity a dyslipoproteinémie zhoršuje morbiditu a mortalitu u pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami. Cieľom liečby obéznych pacientov s dyslipoproteinémiou v primárnej aj sekundárnej prevencii je teda súčasne redukcia hmotnosti u pacientov a tiež pokles hladiny LDL-cholesterolu. Kľúčovým krokom v liečbe oboch ochorení je získať spoluprácu pacienta, aby pochopil, že jeho aktívna účasť na liečebnom procese je nevyhnutná.¹

Stratégia liečby obezity pozostáva z nefarmakologickej liečby – diétne opatrenia, pohybová aktivita, kognitívno-behaviorálna terapia a farmakologickej liečby – antiobezitík a z bariatrickej/metabolickej chirurgie.¹

Očakávaný individuálny klinický prínos liečby zameranej na zníženie LDL-cholesterolu je možné stanoviť odhadom, závisí to od intenzity terapie, východiskovej hladiny LDL, očakávaného dosiahnutia zníženia LDL-cholesterolu a východiskového odhadu rizika aterosklerotického kardiovaskulárneho ochorenia. Intenzita liečby by sa mala zvoliť tak, aby sa dosiahlo odporúčané proporcionálne zníženie LDL-cholesterolu na základe odhadovaného rizika kardiovaskulárneho ochorenia. Každý 1,0 mmol/l absolútneho zníženia LDL-cholesterolu sa spája s 20 % znížením rizika kardiovaskulárnych príhod, väčšie absolútne zníženie LDL-cholesterolu vedie k väčšiemu proporcionálnemu zníženiu rizika.

U pacientov s veľmi vysokým rizikom je intervenčná stratégia zameraná na dosiahnutie cieľa LDL-cholesterolu pod 1,4 mmol/l, a to intervenciou v oblasti životného štýlu a súčasnou farmakologickou liečbou (statíny, ezetimib, inhibítory PCSK9).²

Popis samotného prípadu: muž V. M. (1981)

RA: obaja rodičia sa liečia na dyslipoproteinémiu, arteriálnu hypertenziu

OA: od 18. rokov sa lieči na dyslipoproteinémiu, od 25. rokov na artériovú hypertenziu, po TE v detstve, fajčiar/v čase príchodu na naše pracovisko už tri mesiace nefajčí

LA: indapamid 2,5 mg denne, nitrendipín 20 mg denne, metoprolol 100 mg denne, kandesartan 16 mg denne, ezetimib 10 mg + simvastatín 40 mg denne

TO: v roku 2014 prišiel na naše pracovisko pre ponáhľavé bolesti na hrudníku

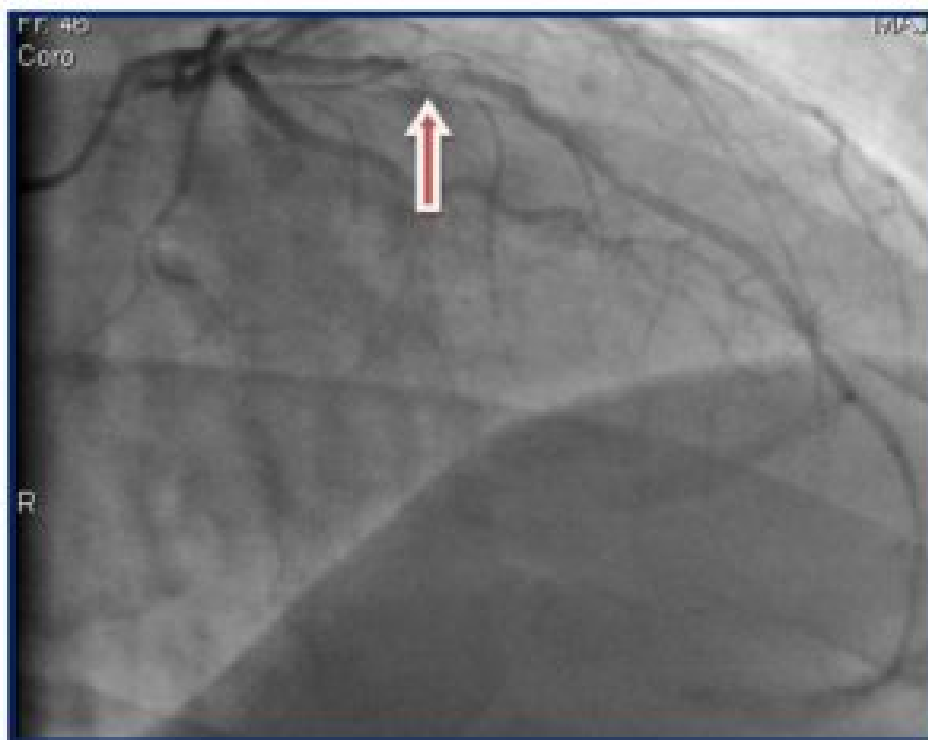
Váha 130 kg, výška 186 cm, BMI 37,6 kg/m²

ERGOMETRIA: pri 3. stupni záťaže ischemické zmeny na EKG v koreláte s bolesťami na hrudníku

ECHOKARDIOGRAFIA: ĽK 62 mm, IVS 10 – 12 mm, EF 75 %, bez ložiskovej asynergie, chlopne bez patológie, PK nedilatovaná

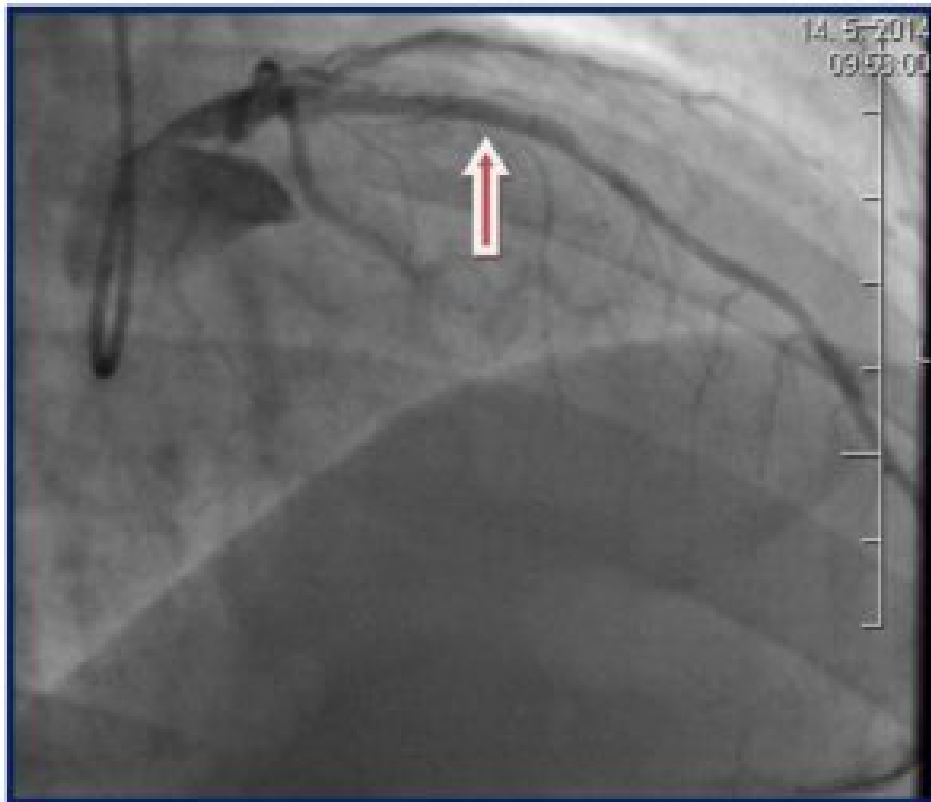
KORONAROGRAFIA: LCA: HK bez stenózy, RIA: v strednej časti 80 % stenóza, RDI 75 % stenóza, RCX: okrajové nerovnosti, RIM: proximálne 60 % stenóza, RCA: okrajové nerovnosti. (**Obrázok 1**)

Obr. 1: Významná stenóza RIA*



Realizovaná PCI RIA: direktne implantovaný liekom povlečený stent s dobrým klinickým a angiografickým efektom (**Obrázok 2**)

Obr. č. 2: Realizácia PCI RIA*



Laboratórne pri prijatí: glukóza 8,8 mmol/l, celkový cholesterol 7,49 mmol/l, LDL 5,11 mmol/l, TAG 2,1 mmol/l.

Liečba pri prepustení z kardiologického oddelenia: kys. acetylsalicylová 100 mg denne, prasugrel 10 mg denne, indapamid 2,5 mg denne, nitrendipín 20 mg denne, metoprolol 100 mg denne, kandesartan 16 mg denne, pantoprazol 20 mg denne, atorvastatín 80 mg denne.

V ďalšom priebehu je pacient sledovaný v kardiologickej ambulancii, nefajčí, snaží sa redukovať hmotnosť, ale po prechodnej redukcii dochádza k vzostupu hmotnosti (jojo efekt), k zhoršeniu kompenzácie artériovej hypertenzie vyžadujúcej si zmenu terapie, vysadený nitrendipín a metoprolol, pridaný bisoprolol 10 mg, amlodipín 5 mg denne, v roku 2016 pre zhoršenie kompenzácie DM typu 2 pridané PAD metformín a vzhľadom na nedostatočne stabilizované hodnoty LDL pridaný aj ezetimib 10 mg.

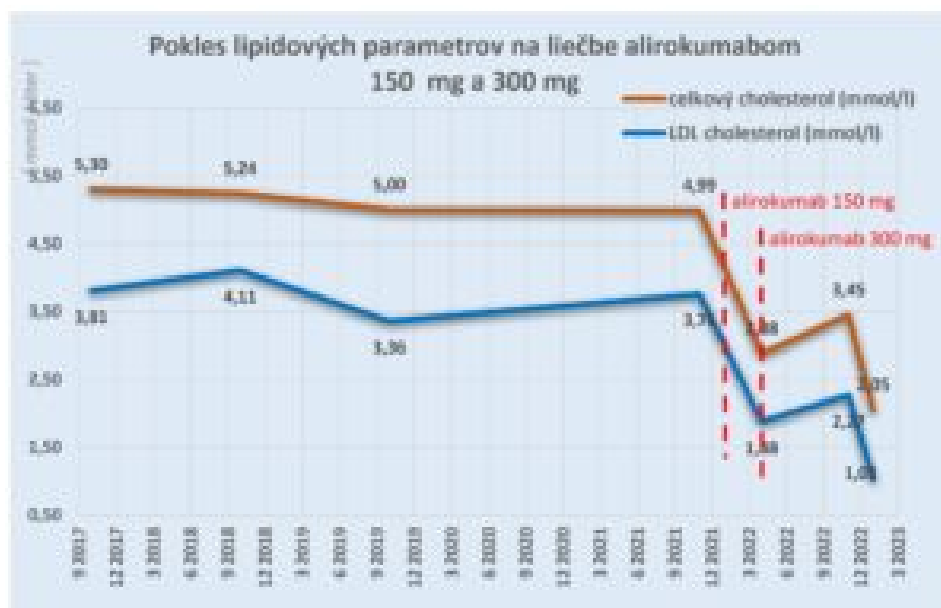
4.3. 2019 pacient absolvoval bariatrickú operáciu pre obezitu, dochádza postupne k redukcii hmotnosti cca 40 kg do kontroly 18. 10. 2019. Nato môžeme zredukovať aj antihypertenzívnu terapiu u pacienta, nakoľko sa zlepšila aj kompenzácia arteriálnej hypertenzie, redukujeme kandesartan na 8 mg, vysadzujeme kalciového antagonistu (amlodipín), v liečbe ostáva redukovaná dávka bisoprolol 5 mg, z hľadiska dyslipoproteinémie atorvastatín 80 mg a ezetimib 10 mg. V grafe č.1 je znázornená zmena hmotnosti v priebehu času u pacienta po bariatrickej operácii.

Graf č. 1: Zmena hmotnosti v čase



Aj napriek redukcii hmotnosti a kombinovanej liečbe maximálnou dávkou statínu a ezetimibu pacient nedosiahol cieľovú hodnotu LDL. Preto po splnení indikačných kritérií a schválení zdravotnou poisťovňou pacientovi 15. 2. 2022 pridávame aliokumab v dávke 150 mg inj. každých 14 dní s. c., nato dochádza k poklesu LDL, od 11. 5. 2022 prechádzame na dávku aliokumab 300 mg inj. každých 28 dní. Efekt liečby je zrejmý, pretože pri prechodnej nedostupnosti lieku došlo k opätovnému vzostupu LDL (11/2022), ale po vrátení do liečby je LDL dobre kontrolované, pacient aktuálne dosahuje cieľové hodnoty LDL pod 1,4 mmol/l – (**graf.č.2**).

Graf č. 2: Pokles hladiny LDL u pacienta po bariatrickej operácii na liečbe aliokumabom



Diskusia

Obezita, hlavne abdominálna sa veľmi často spája s dyslipoproteinémiou. Už mierne zníženie hmotnosti o 5 – 10 percent oproti východiskovej hodnote má pozitívny vplyv na poruchy lipidov a ďalšie rizikové kardiovaskulárne faktory. Každé zníženie hmotnosti o 1 kg prispieva k zníženiu hodnôt LDL-cholesterolu o 0,02 mmol/l, triglyceridov o 0,015 mmol/l a k zvýšeniu HDL-cholesterolu o 0,14 mmol/l.³

Modifikácia životného štýlu a zmena postoja pacienta k sebe samému a k svojim ochoreniam, zmena stravovania, aktívny pohyb, redukcia hmotnosti, zanechanie fajčenia sú nevyhnutnou súčasťou liečby pacienta. Už samotné nemedikamentózne opatrenia vedú čiastočne k redukcii vysokého krvného tlaku, k redukcii lipidov v sére, poklesu glykémii u diabetikov, resp. k zabráneniu vzniku diabetu, ale vo väčšine prípadov nie sú dostatočné. V indikovaných prípadoch liečby obezity prichádza do úvahy

bariatrická/metabolická chirurgia v centrách liečby obezity. V prípade liečby dyslipoproteinémie je okrem modifikácie životného štýlu nevyhnutná terapia statínmi, ezetimibom a v indikovaných prípadoch aj liečba inhibítormi PCSK9 za účelom dosiahnutia cieľových hladín LDL-cholesterolu.

Záver

Prezentovaný pacient aj napriek jeho spolupráci, podstúpení bariatrickej operácie, po ktorej došlo k redukcii hmotnosti, aj zlepšeniu hodnôt TK a diabetu nedosiahol cieľové hodnoty lipidov v sekundárnej prevencii aj napriek kombinovanej liečbe maximálnou dávkou statínu a ezetimibu. Až pridanie inhibítora PCSK9 redukovalo hodnotu LDL-cholesterolu na cieľové hladiny.

Literatúra

1. Fábryová L., Kisoová V., Minárik P., Ukropcová B., Ukropec J., Mináriková D., Mrázová M., Penesová A., Marko L.: *Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku*, 2021.
2. *Dyslipidémie. Odporúčania pre liečbu dyslipidémií: Úprava lipidov na zníženie kardiovaskulárneho rizika. ESC 2019, vreckové odporúčania, str.20, str.40.*
3. Šramková O., Skripová D., Kaplan J.: *Rady a tipy na úspešné schudnutie*, 2022, str.6.

*Obrázky koronarografického vyšetrenia uverejnené so súhlasom Kardiologickej ambulancie SÚSCCH a. s., Banská Bystrica

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

Páčil sa Vám článok?

Stiahnuť článok