

Stanovisko ČSAT ke Konsenzu Evropské společnosti pro aterosklerózu: Lipoprotein(a) při aterosklerotických kardiovaskulárních onemocněních a aortální stenóze

Statement CSAT on Consensus statement of the European Atherosclerosis
Society: Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease
and aortic stenosis

*Michal Vrablík, Vladimír Blaha, Renata Cífková, Tomáš Freiburger,
David Karásek, Pavel Kraml, Jan Piřha, Hana Rosolová, Vladimír Sořka,
Tomáš Štulc, Lukáš Zlatohlávek (za výbor ČSAT) a Jana Mařková*

1 Preamble

V říjnu 2022 byl v European Heart Journal publikován konsenzus expertů o lipoproteinu(a) [Kronenberg et al. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. Eur Heart J 2022; 43(39): 3925–3946].

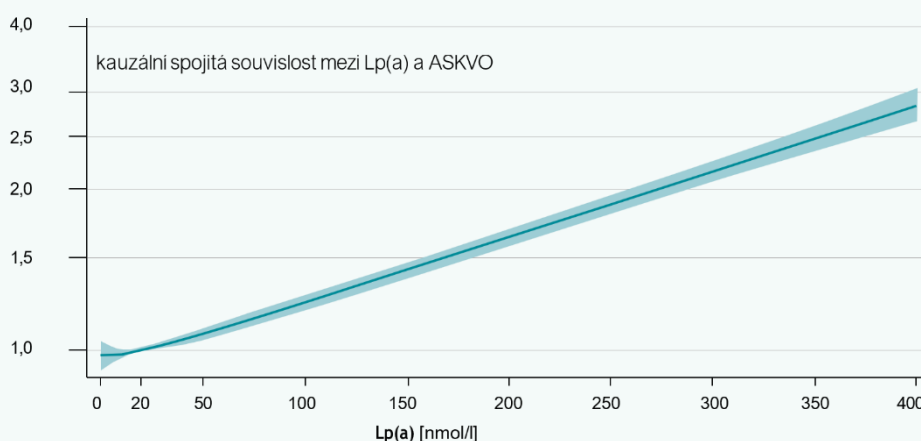
Výbor České společnosti pro aterosklerózu (ČSAT) vypracoval na jeho základě následující souhrn nejdůležitějších informací pro českou odbornou veřejnost. Tento souhrn v českém jazyce ovšem nenahrazuje originální publikovaný konsenzus, a zájemcům o detailní znění proto doporučujeme k prostudování původní kompletní text. Číslování referencí v hranatých závorkách v tomto Stanovisku odpovídá původní publikaci.

Úvod

Od konsenzu European Atherosclerosis Society (EAS) z roku 2010 [1] došlo k podstat-

nému rozšíření znalostí o roli lipoproteinu(a)/Lp(a) při aterosklerotických kardiovaskulárních onemocněních (ASKVO) a stenóze aortální chlopně (AVS – Aortic Valve Stenosis), *graf 1 a box 1*. Přesvědčivé důkazy o příčinné souvislosti Lp(a) s ASKVO urychlily vývoj nových léčiv, která specificky snižují hladinu Lp(a). Velký přínos by tato léčiva mohla mít ve zpomalení progresu AVS [2,3], zřejmě posledního kardiovaskulárního onemocnění (KVO) bez dostupné léčby, u nějž se navíc předpokládá do roku 2050 dramatické zvýšení prevalence (> 300 %).

Graf 1 | Kauzální souvislost mezi Lp(a) a ASKVO



2

Box 1 | Co je nového od posledního konsenzu EAS z roku 2010?

- Existují přesvědčivé důkazy o příčinné souvislosti mezi koncentrací Lp(a) a stavem srdce a cév, a to i u různých ras (lidských plemen).
- Tato souvislost přetrvává i při nízkých hladinách cholesterolu v lipoproteinech o nízké hustotě (LDL-C).
- Lp(a) je novým rizikovým faktorem stenózy aortální chlopně.
- Nebyly nalezeny důkazy, že by Lp(a) byl rizikovým faktorem žilní trombózy a narušené fibrinolýzy.
- Zjistilo se, že celoživotně nízké hladiny Lp(a) mohou mít souvislost s onemocněním diabetes mellitus.
- Zjistilo se, že hladinu Lp(a) je třeba změřit v dospělosti alespoň 1krát.
- Vysokou hladinu Lp(a) je třeba interpretovat v kontextu dalších rizikových faktorů a celkového kardiovaskulárního rizika a řešit intenzivní úpravou životního stylu a rizikových faktorů.
- Hodnocení terapie účinně snižující Lp(a) se nachází ve fázi II/III klinických studií.

Co určuje hladinu Lp(a) v plazmě?

Vliv genetických faktorů na hladinu Lp(a)

Koncentrace Lp(a) se pohybuje v rozmezí od $< 0,1$ mg/dl do > 300 mg/dl ($< 0,2$ – 750 nmol/l) a převážně (> 90 %) ji určuje genetická variabilita v genu LPA. Polymorfismus počtu repetitivních jednotek v oblasti Kringle IV (K-IV) je zodpovědný za ~ 30 – 70 % variability koncentrace hladin Lp(a). Exprese nízkého počtu (< 23) opakování K-IV je charakterizována malými izoformami apolipoproteinu(a)/apo(a) a výrazně vyšší koncentrací Lp(a), a tím i vyšším rizikem ASKVO. Mezi známými variantami LPA jsou jednonukleotidové polymorfizmy (SNP) rs10455872 a rs3798220 spojeny s malými izoformami apo(a) [12], nicméně přítomny jsou pouze u 50 % jedinců s malými izoformami [13]. Dvě z těchto variant, sestřihové varianty 4733G>A a 4925G>A (přítomny u 38 %, resp. 22 % populace) snižují hladinu Lp(a) o ~ 14 a 30 mg/dl a souvisí s nižším kardiovaskulárním (KV) rizikem [15,16]. Kromě oblasti genu LPA mají s hladinou Lp(a) spojitost geny APOE, CETP a APOH [17–19].

3

Vliv etnicity a pohlaví

Na hladinu Lp(a) má vliv příslušnost k typu populace, resp. rasy – podle UK Biobanky se medián Lp(a) postupně zvyšuje u populace mongoloidní (asijské, především z oblasti Číny), kavkazoidní/europoidní, mongoloidní (především z oblasti Jihovýchodní Asie) a negroidní (16, 19, 31, resp. 75 nmol/l) [20, 21]. Podle prospektivní studie ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) se hodnoty Lp(a) mnohem více liší mezi negroidní než europoidní rasou [22], což dokládá skutečnost, že 50. percentil u příslušníků negroidní rasy odpovídá 80. percentilu u příslušníků europoidní rasy [22]. Tyto rozdíly mezi etniky lze připsat velikosti izoformy Lp(a) a genetické variabilitě v genu LPA.

Rozdíly v koncentraci Lp(a) jsou popsány i mezi pohlavími, obecně o ~ 5 – 10 % vyšší je u žen než u mužů, a to u populace europoidní i negroidní [22,25,30]. U mužů zůstávají hladiny Lp(a) relativně konstantní, zatímco u žen dochází k nárůstu po menopauze [31].

Klíčové body konsenzu: Vliv genetických a etnických faktorů na Lp(a)

- Hladina Lp(a) je převážně determinována geneticky (> 90 %), a to více než u ostatních lipoproteinů.
- Největší podíl variability hladiny Lp(a) lze vysvětlit polymorfismem v počtu opakování v oblasti Kringle IV.
- Několik častých a vzácných funkčních SNP významně modifikuje inverzní korelaci mezi velikostí izofomy a koncentrací Lp(a).
- Hladina Lp(a) se liší mezi rasami (pořadí je uvedeno podle zvyšujících se hodnoty hladiny): mongoloidní (především z oblasti Číny), europoidní, mongoloidní (především z oblasti Jihovýchodní Asie) a negroidní.

Vliv negenetických faktorů

Vliv negenetických faktorů na hladinu Lp(a) shrnuje *tab. 1*.

Tab. 1 | Vliv negenetických faktorů na hladinu Lp(a). Uvedené změny hladin Lp(a) vycházejí pouze z omezeného množství dat a uvedené reference jsou reprezentativní příklady.

| stav/intervence | vliv na hladinu Lp(a) | chronické onemocnění ledvin [41,42] | |
|--|---|--|--|
| životní styl | | nefrotický syndrom [50,63] | 3–5násobné zvýšení (oproti kontrole) |
| náhrada nasyceného tuku za sacharidy nebo nenasycené tuky v dietě [32] | ~ 10–15% zvýšení | peritoneální dialýza [51] | 2násobné zvýšení (oproti kontrole) |
| dieta s nízkým obsahem sacharidů a vysokým obsahem nasycených tuků* [33] | ~ 15% snížení | hemodialýza a chronické onemocnění ledvin [51,52,64] | zvýšení u jedinců s velkými izoformami apo(a) |
| lačnění [34] | žádný | transplantace ledvin [43] | ~ normalizace hodnot |
| fyzická aktivita [35] | žádný/minimální | poruchy jater [44,59] | |
| hormony a související stavy | | poruchy jater | snížení (podle příčiny) |
| hypertyreóza [36] | snížení 20–25% zvýšení ▪ při tyreostatické léčbě ▪ při léčbě radioaktivním jódem | transplantace jater [53] | změna izofomy apo(a) na izoformu dárce a odpovídající změny hladin Lp(a) |
| hypotyreóza [36] | zvýšení | zánět a související stavy [55,60] | |
| růstový hormon [37] | 5–20% snížení při HRT 2násobné zvýšení při terapii růstovým hormonem | závažný, život ohrožující stav v akutní fázi (seps, závažné popálení) [46] | snížení |
| endogenní pohlavní hormony [31] | žádný/minimální | další zánětlivé stavy [45] | zvýšení |
| těhotenství [38,39] | 2násobné zvýšení | tocilizumab (inhibitor interleukinu 6) [47,61] | ~ 30–40% zvýšení |
| menopauza [31] | žádný/minimální | inhibitory proteázy terapie antiretrovirotiky [56,57] | zvýšení |
| postmenopauzální hormonální substituce [40] | ~ 25% snížení | statiny [65–68] | mohou vést k mírnému zvýšení Lp(a) – výsledky jsou však heterogenní |
| kastrace u mužů (chirurgická nebo biochemická) [48] | malé zvýšení | znečištění vzduchu (jemné částice, PM _{2,5}) [58] | mírný nárůst |
| ovariektomie | | | |
| antagonisté receptoru pro estrogen [49] | malé zvýšení | | |

*V současné době nejsou k dispozici jednoznačná data, která by definovala optimální dietu u pacientů s hyper Lp(a), proto zůstávají pro tyto pacienty nadále v platnosti dosavadní dietní doporučení ke snížení kardiovaskulárního rizika u pacientů s dyslipidemií.

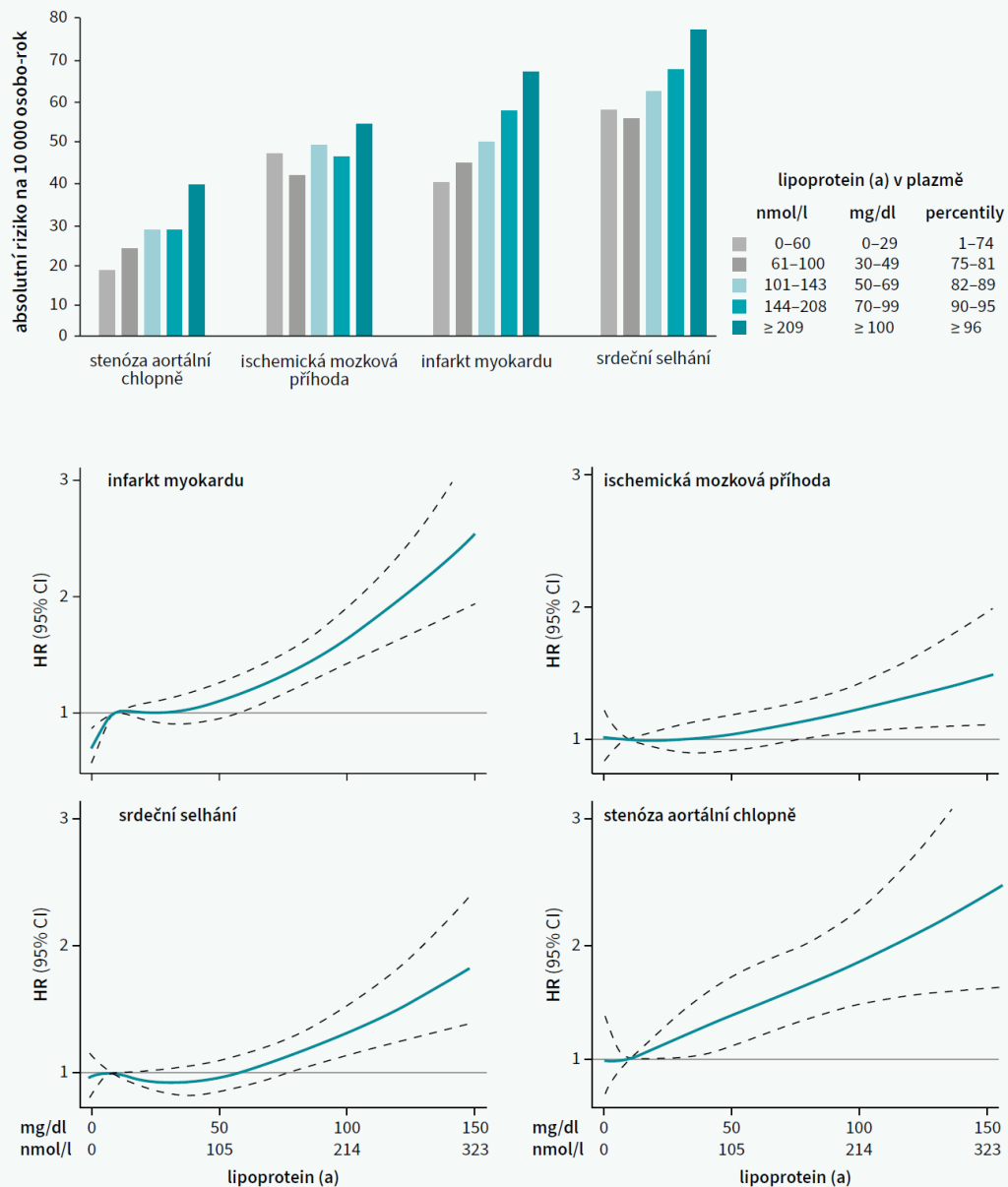
HRT – Hormone Replacement Therapy/hormonální substituční terapie

PM_{2,5} – polévatý prach s částicemi < 2,5 μm

Novinky v epidemiologii Lp(a)

Většina jedinců má relativně nízké hladiny Lp(a). Studie se zaměřují na třetinu populace s nejvyššími hodnotami Lp(a), u kterých je proto riziko kardiovaskulární morbidity a mortality vyšší až o 20 % [20,69].

Graf 2 | Vliv zvyšující se hladiny Lp(a) a odhadované základní absolutní riziko závažných kardiovaskulárních příhod



Absolutní a relativní riziko stenózy aortální chlopně, ischemické mozkové příhody, infarktu myokardu a srdečního selhání jako důsledek zvyšující se koncentrace Lp(a) v běžné populaci. Horní graf prezentuje absolutní riziko na 10 000 osob-rok a grafy pod ním zobrazují poměr rizik (HR) jako plnou zelenou čáru s 95% CI vyjádřené přerušovanou černou čarou; pokud se nižší hranice 95% CI vyskytne nad referenční hodnotou 1,0 mediánu Lp(a), je riziko významně zvýšené. Data vycházejí z analýzy údajů 70 286 osob evropské rasy z Copenhagen General Population Study s mediánem doby sledování 7,4 let. Data poskytl prof. Børge G. Nordestgaard a Dr. Anne Langsted

HR - Hazard Ratio/poměr rizik CI - Confidence Interval/interval spolehlivosti

Primární prevence

Zvýšené hladiny Lp(a) mají souvislost s několika ASKVO, stejně jako s AVS, s mortalitou z KV-příčin a mortalitou ze všech příčin (*graf 2, tab. 2*). Hodnoty Lp(a) > 75. percentil zvyšují

riziko AVS a infarktu myokardu (IM) a ještě vyšší hodnoty (> 90. percentil) dále zvyšují riziko srdečního selhání [70]. Riziko mortality z KV-příčin a ischemické mozkové příhody [71–73] vzroste při velmi vysokých hodnotách (> 95. percentil).

Tab. 2 | Souhrn epidemiologických a genetických důkazů souvislosti mezi hladinou Lp(a) a klinickým onemocněním

| | studie případů a kontrol nebo průřezové studie | rozsáhlé prospektivní observační studie | metaanalýzy prospektivních observačních studií | rozsáhlé studie s vyšetřením celého genomu | rozsáhlé mendelovské randomizační studie | klinické studie terapie snižující Lp(a) |
|--|--|---|--|--|--|---|
| infarkt myokardu [12,21,65,73–76] | ano | ano | ano | ano | ano | probíhá |
| angina pectoris/koronární stenóza [77–79] | ano | ano | absence dat | ano | ano | – |
| ischemická mozková příhoda [21,71–73,75,77,80–83] | ano | ano | ano | ano | ano | probíhá |
| stenóza karotid [77,78,84,85] | ano | ano | absence dat | ano | ano | – |
| ischemická choroba dolních končetin [75,77,78,86–88] | ano | ano | absence dat | ano | ano | – |
| stenóza aortální chlopně [21,89–98] | ano | ano | absence dat | ano | ano | – |
| srdeční selhání [21,70] | ano | ano | absence dat | ano | ano | – |
| mortalita z KV-příčin [21,71,75,99,100] | ano | ano | absence dat | ano | ano | probíhá |
| mortalita ze všech příčin [71,99,101,102] | absence dat | ano | ano | ano | ano | probíhá |
| žilní tromboembolická nemoc [77,103,104] | ne | ne | ne | ne | ne | – |

Výše uvedená tabulka uvádí pouze některé reprezentativní příklady z řady publikovaných studií k této problematice, aniž by se řídila formalizovaným výběrovým protokolem.

ano – byla popsána souvislost mezi Lp(a) a výsledkem ne – nebyla popsána žádná souvislost mezi Lp(a) a výsledkem absence dat – nejsou k dispozici žádné studie.

Sekundární prevence

V sekundární prevenci byla pozorována souvislost mezi zvýšeným Lp(a) a zvýšeným rizikem závažných nežádoucích KV-příhod (MACE – Major Adverse Cardiac Events) [105].

Lp(a) a stenóza aortální chlopně

Od roku 2013 byl na základě mnoha epidemiologických a genetických studií [90–98] gen LPA uznán jako hlavní faktor rozvoje AVS [89]. Vysoká hladina Lp(a) ovlivňuje mikrokalcifikaci a makrokalcifikaci aortální chlopně [109,110] zejména u relativně mladých zdravých jedinců (ve věku 45–54 let), u nichž se riziko AVS zvyšuje až 3násobně při Lp(a) > 80. percentil v porovnání s nižší hladinou (15,8 % vs 4,3 %, resp.) [111]. Vysoký Lp(a) rovněž

urychluje progresi aortální stenózy, což v důsledku vede k časnější náhradě aortální chlopně nebo k úmrtí [109,112].

Lp(a) a další kardiovaskulární onemocnění

Role zvýšeného Lp(a) při určení rizika mozkové příhody je různá podle etiologie, přičemž hladina Lp(a) a genotyp LPA mají vztah k riziku nekardioembolické mozkové příhody [80,81]. Hladina Lp(a) > 100 nmol/l měla souvislost s rekurentními příhodami u pacientů s rozsáhlými cévními mozkovými příhodami, ale nikoliv u pacientů s fibrilací síní [82], a proto je zřejmě zvýšená hladina Lp(a) důležitějším rizikovým faktorem mozkové příhody u pacientů ve věku < 60 let [77,82,83].

Gen LPA je nejsilnějším z genetických prediktivních faktorů ischemické choroby dolních končetin [86]. Ačkoliv rozsáhlé studie popisovaly souvislost mezi zvýšeným Lp(a) a atriální fibrilací, výsledný vliv je relativně malý a částečně zprostředkovaný ASKVO a AVS [113,114].

7

Je Lp(a) kauzálním rizikovým faktorem ASKVO a AVS?

Příčinná souvislost mezi zvýšeným Lp(a) a ASKVO a AVS byla prokázána v mnoha studiích [1,8,9,12,71,72,74,77,115–118], podle kterých je dále hladina Lp(a) velmi silně určena geneticky, včetně izoformy apo(a) dané počtem K-IV repetic [74,118–120] a SNP (zejména rs10455872 a rs3798220) [12,75]. Genetické varianty spojené s vysokým Lp(a) jsou mnohem častěji u jedinců postižených KV-příhodami [8]. Naopak vzácné varianty se ztrátou funkce [121] a velmi časté varianty sestřihu v oblasti K-IV Typ 2 projevující se významně sníženými hladinami Lp(a) mají protektivní účinek vůči KV-příhodám [15,16].

Je vztah mezi koncentrací Lp(a) a ASKVO diskretní, nebo lineární?

Riziko ASKVO se zvyšuje kontinuálně s rostoucí hladinou Lp(a) [20], a to již při koncen-

tracích nižších než doporučených. I přes nedávné zpochybnění ve studii UK Biobank zůstává koncept hraniční hodnoty Lp(a) spojené s rizikem ASKVO pragmatickým nástrojem pro klinickou praxi (viz níže). Velmi vysoké hodnoty Lp(a) (> 180 mg/dl nebo > 430 nmol/l) identifikují jedince s celoživotním rizikem ASKVO, které je stejné jako u neléčené heterozygotní familiární hypercholesterolemie (FH) [126].

Je Lp(a) rizikovým faktorem při (velmi) nízké hladině LDL-C?

V rozsáhlé studii zaměřené na primární prevenci [127] asociace mezi Lp(a) a KV-rizikem vymizela při hodnotě LDL-C < 2,59 mmol/l. Tento výsledek je třeba interpretovat opatrně vzhledem k omezenému počtu pacientů a potenciálnímu nadhodnocení korekce LDL-C na Lp(a)-cholesterol [128]. Naopak ve studii JUPITER byl vztah mezi Lp(a) a první KV-příhodou podobný při hodnotách nad i pod mediánem hodnot LDL-C (2,84 mmol/l) [54], a dokonce i při nízkých hladinách LDL-C (1,40 mmol/l), čímž byl potvrzen význam vysokého Lp(a) jako faktoru reziduálního KV-rizika. Studie zaměřené na sekundární prevenci došly k podobným závěrům [65,107,108].

8

Je Lp(a) rizikovým faktorem tromboembolické příhody?

Při velmi vysoké hladině Lp(a) (> 95. percentil) bylo pozorováno pouze mírně zvýšené riziko tromboembolických příhod [77]. Žádná kauzalita nebyla pozorována ani v mendelovských randomizačních studiích [77,131].

Pediatričtí pacienti

U dětí se zvýšený Lp(a) klinicky neprojevuje až na vzácný výskyt cévní mozkové příhody. Omezená data svědčí o souvislosti mezi Lp(a) a případy cévní mozkové příhody (CMP) u dětí, která je ještě významnější u rekurentních příhod [132– 134], u nichž se riziko při hodnotě Lp(a) > 30 mg/dl zvyšuje 2násobně [132].

Hladina Lp(a) a diabetes

Během posledního desetiletí byla opakovaně pozorována souvislost mezi velmi nízkým Lp(a) a zvýšeným rizikem diabetes mellitus 2. typu (DM2T). V metaanalýze všech dostupných studií [79,135–141] bylo riziko vyšší o 38 % (95% CI 29–48 %; $p < 0,0001$) v 1. kvintilu – hranice < 3 až 5 mg/dl, vs v 5. kvintilu hladiny Lp(a) – hranice > 27 až 55 mg/dl, bez významné heterogenity mezi studiemi.

Jaký mechanismus je zodpovědný za tuto souvislost, se neví a nelze jej ani vysvětlit tradičními rizikovými faktory nebo známými typy diabetu [143–145]. Rovněž není zřejmé, zda riziko souvisí s koncentrací Lp(a) nebo jinými faktory.

Otázku, zda účinné terapie snižující hodnoty Lp(a) mohou zvýšit riziko diabetes mellitus, bude nutné zařadit do analýzy přínosů a rizik nově vyvíjených léků. Při zvýšených hladinách (> 70 mg/dl) vyžadovaných pro zařazení do studie je však dosažení velmi nízké hladiny Lp(a) např. < 5 mg/dl velmi nepravděpodobné.

Klíčové body konsenzu: Lp(a) a klinický obraz

- K dispozici jsou přesvědčivé důkazy o tom, že koncentrace Lp(a) má kauzální souvislost s ASKVO, AVS a mortalitou KV-příčin, stejně jako mortalitou ze všech příčin bez ohledu na pohlaví a rasu.
- Vztah mezi koncentrací Lp(a) a uvedenými stavy je kontinuální – zvýšený Lp(a) je rizikovým faktorem i při velmi nízké hladině LDL-C.
- Riziko ischemické mozkové příhody a srdečního selhání se zvyšuje při hladinách Lp(a) vyšších, než jsou hladiny spojené s rizikem infarktu myokardu a AVS.
- U dětí s Lp(a) > 30 mg/dl (> 75 nmol/l) se zvyšuje riziko (rekurentní) cévní ischemické mozkové příhody.
- Lp(a) není rizikovým faktorem žilní tromboembolické nemoci.

Pohled na metabolizmus

Klíčová část Lp(a) – apo(a) je syntetizován pouze v hepatocytech [53]. Protože velké izoformy apo(a) na rozdíl od malých izoform apo(a) snáze podléhají degradaci proteazomy

v endoplazmatickém retikulu, mají jejich nositelé nižší hladiny Lp(a) [146]. V kinetických studiích byla pozorována vyšší rychlost produkce apo(a) u jedinců s malými izoformami než s velkými izoformami [147].

Lp(a) je převážně metabolizován játry, v menší míře pak ledvinami. Receptor zodpovědný za vychytávání Lp(a) dosud nebyl s jistotou identifikován.

Jaký mechanismus přispívá patogenitě Lp(a)?

Podobně jako LDL i Lp(a) je lipoprotein obsahující apoB, ale počet cirkulujících částic je mnohem nižší. Protože riziko spojené s Lp(a) přepočtené na jednu částici převyšuje riziko spojené s LDL [159], je ateroscleróza pravděpodobněji důsledkem buněčné signalizace než vlastní akumulace Lp(a). Podle zobrazovacích studií Lp(a) spouští zánět arteriální stěny [160] a u pokročilé ischemické choroby srdeční jsou vysoké hladiny Lp(a) spojené s urychlením progresu kalciového skóre v koronárním řečišti [161] a objemu nekrotické tkáně [162]. Podobně u AVS vysoké hladiny Lp(a) a jejich transportních proteinů (např. autotaxin) v intersticiálních buňkách chlopně indukují expresi prozánětlivých a prokalcifikačních genů, což vede ke zvýšení incidence a progresu AVS [112,163,164].

Oxidované fosfolipidy (OxPL), přenášené částicemi Lp(a) v plazmě, mají zřejmě hlavní roli v prozánětlivém a prokalcifikačním účinku Lp(a) [165]. Identifikace klíčových genů, které regulují glykolýzu v endoteliálních buňkách exponovaných vysokým hladinám Lp(a), ukazuje, že glykolýza je řídicím mechanismem zánětu vyvolaného Lp(a) [166]. Podle dalších studií OxPL v částicích Lp(a) spouští sekreci chemoatraktantů a cytokinů, nadbytek adhezních molekul a transendoteliální migraci monocytů. U pacientů se zvýšeným Lp(a) byla potvrzena vyšší migrace imunitních buněk do aterosklerotických plátů [160]. OxPL v intersticiálních buňkách chlopně indukují expresi klíčových genů osteoblastických dějů [112], avšak účinek oslabují protilátky proti OxPL.

Není jisté, zda má Lp(a) nějakou roli v trombotických procesech (zvýšená koagulace nebo narušená fibrinolýza) [167], protože apo(a) obsahuje doménu podobnou proteáze, která připomíná doménu plazminogenu, avšak projevuje určitou aktivitu. Zásadní snížení hladiny Lp(a) nemělo u lidí žádný vliv na fibrinolýzu [168] a ani žádné epidemiologické ani genetické studie neprokázaly vliv zvýšeného Lp(a) na žilní trombózu [77,131].

Klíčové body konsenzu: Navržený mechanismus patogenity Lp(a) u ASKVO a AVS

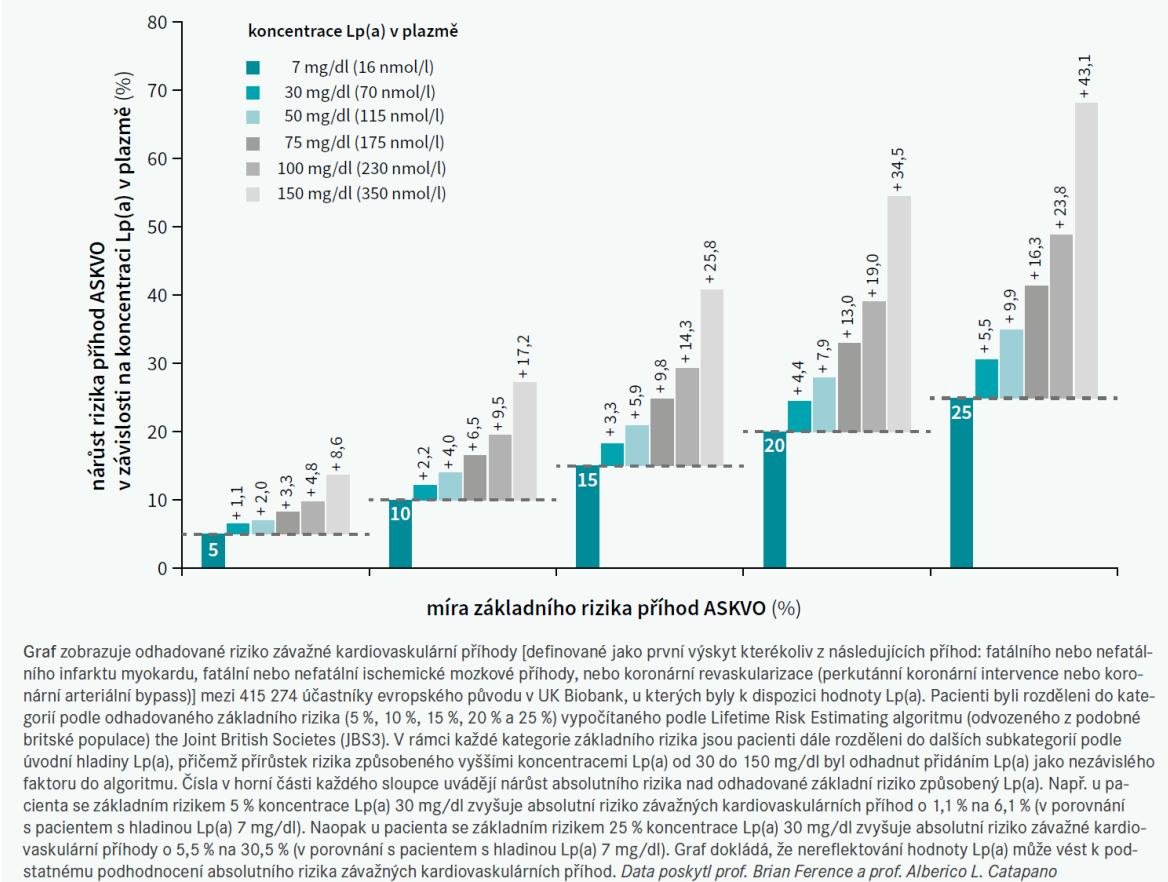
- Lp(a) má prozánětlivé a proaterogenní vlastnosti, za které mohou částečně zodpovídat OxPL přítomné v částici Lp(a).
- Potenciální vliv Lp(a) na protrombotické a antifibrinolytické děje zůstává in vivo neprokázaný.
- Vysoký Lp(a) indukuje expresi zánětlivých a kalcifikačních genů v buňkách cév a chlopní a má souvislost se zvýšenou incidencí a progresí AVS.

Jak zahrnout riziko ASKVO spojené s Lp(a) do odhadu rizika?

Podle stanoviska EAS z roku 2010 [1], které se stalo základem pro doporučení v Evropě a Spojených státech, byla pro zpřesnění odhadu 10letého rizika ASKVO stanovena hraniční hodnota Lp(a) – 50 mg/dl [116,126]. Vzhledem k přímo úměrnému vztahu mezi koncentrací Lp(a) a absolutním rizikem ASKVO [169] je vhodnější odhadovat, o kolik hladina Lp(a) zvyšuje celkové riziko ASKVO jedince, při současném zvážení jeho hodnoty Lp(a) a základního absolutního celkového rizika ASKVO. Jak ukazuje *graf 3*, hladina Lp(a) 100 mg/dl (~ 250 nmol/l) přibližně zdvojnásobuje riziko ASKVO bez ohledu na základní absolutní riziko. U jedinců s vyšším počátečním rizikem je absolutní navýšení rizika ASKVO vyšší (např. z 20 % na 40 %) než u jedinců s nižším počátečním rizikem (z 5 % na 10 %).

Tento konsenzus proto doporučuje se zvyšující se hladinou Lp(a) a zvyšujícím se základním rizikem intenzivnější léčbu rizikových faktorů, tj. personalizovanou úpravu KV-rizika (*tab. 3*). Nárůst celkového KV-rizika způsobený zvýšeným Lp(a) by měl odpovídat míře, v jaké je nutné navíc oproti doporučením snížit LDL-C, aby riziko opět kleslo na základní úroveň (*graf 4 a tab. 4*). Stejným způsobem lze vypočítat nový cíl pro snížení krevního tlaku, nebo jiné intervence. U pacientů, u kterých má Lp(a) na celkové riziko zásadní vliv, může být úprava ostatních rizikových faktorů pro snížení tohoto rizika nedostatečná. V těchto případech bude mít velký přínos léčba snižující specificky Lp(a).

Graf 3 | Vliv zvyšující se hladiny Lp(a) na odhadované výchozí absolutní riziko závažných aterosklerotických kardiovaskulárních příhod



Tento konsenzus proto doporučuje se zvyšující se hladinou Lp(a) a zvyšujícím se základním rizikem intenzivnější léčbu rizikových faktorů, tj. personalizovanou úpravu KV-rizika (*tab. 3*). Nárůst celkového KV-rizika způsobený zvýšeným Lp(a) by měl odpovídat míře, v jaké je nutné navíc oproti doporučením snížit LDL-C, aby riziko opět kleslo na základní úroveň (*graf 4 a tab. 4*). Stejným způsobem lze vypočítat nový cíl pro snížení krevního tlaku, nebo jiné intervence. U pacientů, u kterých má Lp(a) na celkové riziko zásadní vliv, může být úprava ostatních rizikových faktorů pro snížení tohoto rizika nedostatečná. V těchto případech bude mít velký přínos léčba snižující specificky Lp(a).

Tab. 3 | Strategie intervencí v rámci primární a sekundární prevence KV-rizika podle (doposud neléčené) koncentrace Lp(a)

| celkové kardiovaskulární riziko (SCORE) % | | koncentrace Lp(a) bez léčby | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|---|
| | | < 10 mg/dl < 25 nmol/l | 10 až < 30 mg/dl 25 až < 75 nmol/l | 30 až < 50 mg/dl 75 až < 125 nmol/l | 50 až < 75 mg/dl 125 až < 188 nmol/l | 75 až < 100 mg/dl 188 až < 250 nmol/l | ≥ 100 mg/dl ≥ 250 nmol/l |
| primární prevence | < 1 nízké riziko | edukace o ŽS | edukace o ŽS | edukace o ŽS | edukace o ŽS | úprava ŽS ke zvážení farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) |
| | ≥ 1 až < 5 nebo střední riziko | edukace o ŽS | edukace o ŽS | edukace o ŽS | úprava ŽS ke zvážení farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS ke zvážení farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) |
| | ≥ 5 až < 10 nebo vysoké riziko | edukace o ŽS | edukace o ŽS | úprava ŽS ke zvážení farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) |
| | ≥ 10 nebo velmi vysoké riziko při rizikovém onemocnění | edukace o ŽS | úprava ŽS ke zvážení farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) |
| sekundární prevence | velmi vysoké riziko | úprava ŽS ke zvážení farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) | úprava ŽS a farmakoterapie (např. LDL-C, TK, glukóza) |

Tabulka ukazuje strategie intervencí jako funkce celkového kardiovaskulárního rizika a koncentrace Lp(a) bez léčby. Při nedostupné terapii specificky snižující Lp(a) je nutné se zaměřit na kontrolu ostatních kardiovaskulárních rizikových faktorů.

Vyšetření hladiny Lp(a)

Kdo má vyšetření Lp(a) podstoupit?

V souladu s posledními evropskými [126] a kanadskými doporučeními [175] by hladina Lp(a) měla být u dospělých vyšetřena alespoň 1krát, ideálně při stanovení prvního lipidového profilu s cílem identifikovat jedince s vysokým KV-rizikem. Kromě několika výjimek (např. onemocnění ledvin nebo jater, akutní infekce) opakované měření nevede k vylepšení predikce rizika [67].

U dospívajících se měření Lp(a) doporučuje při ischemické mozkové příhodě v anamnéze, nebo jestliže rodič má předčasné ASKVO bez jiného identifikovatelného rizikového faktoru [115]. Opakování vyšetření je vhodné, protože hodnoty se mohou do dosažení dospělosti zvyšovat [6,7].

Je u Lp(a) vhodné kaskádové vyšetřování? Vyšetření hodnot Lp(a) u rodičů a sourozenců pacienta je vzhledem k možné existenci a dalšímu nárůstu KV-rizika oprávněné [177]. Jako výhodné se jeví využít již zavedených procesů kaskádového testování FH [178–180].

Doporučení pro vyšetřování Lp(a)

- Lp(a) by měl být u dospělých stanoven alespoň 1krát, aby bylo možné identifikovat jedince s vysokým KV-rizikem.
- Screening se doporučuje u dospívajících s ischemickou
- mozkovou příhodou v anamnéze, jakýmkoli předčasným ASKVO v rodinné anamnéze nebo vysokou hodnotou Lp(a) bez jiných identifikovatelných rizikových faktorů.
- Kaskádové vyšetření vysokých hodnot Lp(a) se doporučuje u pacientů s FH, pacientů s (velmi) vysokým Lp(a) v rodinné anamnéze a s ASKVO v osobní nebo rodinné anamnéze.

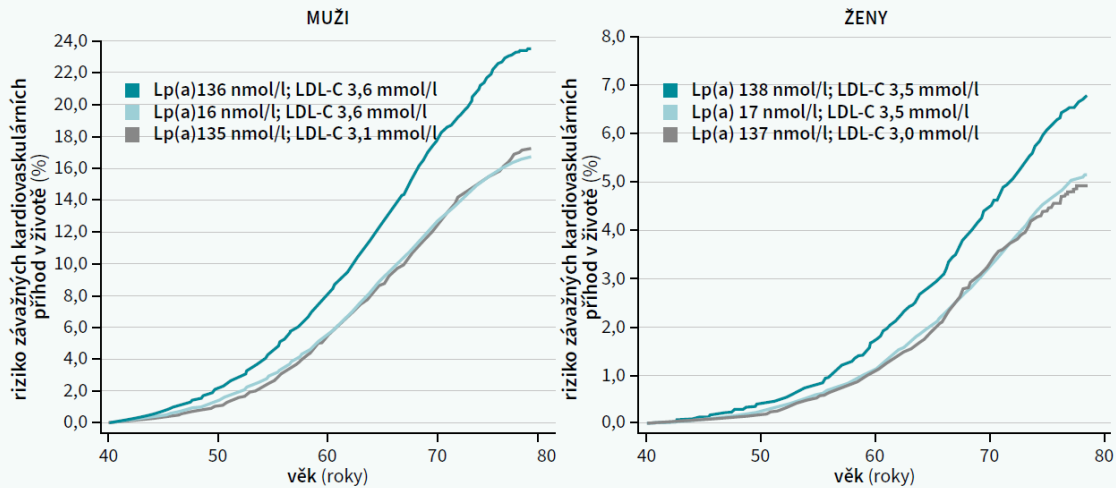
Obtíže spojené se stanovením hladiny Lp(a)

Měření hladiny Lp(a) je obtížné [181]. Ideálně by vyšetření mělo spočívat v použití protilátek pro unikátní nerepetitivní epitopy na apo(a), které rozliší každou částici Lp(a) pouze jednou a výsledek lze prezentovat v jednotkách nmol/l. V praxi je však vytvoření takových protilátek obtížné, a proto většina vyšetření využívá polyklonální protilátky, které rozeznávají různé epitopy a potenciálně výsledek nadhodnotí, nebo podhodnotí podle přítomnosti malých nebo velkých izoform apo(a). Zásadním zlepšením měření hodnot Lp(a) bude standardní postup vyšetření, který aktuálně vytváří pracovní skupiny [183,184].

Je možné koncentraci Lp(a) konvertovat z jednotek hmotnostních na molární a naopak?

Přísně vzato nelze výsledky měření pomocí polyklonálních protilátek uvádět v molárních jednotkách [181]. Kompromisem je srovnání s výsledky metody, která není citlivá na izoformu apo(a) a používá molární jednotky [183–185]. Tento konsenzus nedoporučuje používat standardní přepočít 2–2,5 násobek mezi mg/dl a nmol/l, protože metody se významně liší [186].

Graf 4 | Celoživotní riziko závažných kardiovaskulárních příhod při celoživotně vyšší expozici Lp(a) a celoživotně nižší expozici LDL-C



Tab. 4 | Porovnání hodnot Lp(a) v souvislosti s věkem a nutností zahájení léčby/redukce hladiny LDL-C v souvislosti s HR pro MACE

| Lp(a) [nmol/l] | Δ Lp(a) v porovnání s mediánem | percentil Lp(a) | HR pro MACE v důsledku zvýšení hladiny Lp(a) | intenzivní redukce hladiny LDL-C [nmol/l] potřebná pro snížení rizika zvýšeného hodnotami Lp(a) [nmol/l] nutnost zahájení léčby od věku při hodnotách Lp(a) | | | |
|----------------|--------------------------------|-----------------|--|--|------------|------------|------------|
| | | | | 30 let | 40 let | 50 let | 60 let |
| 320 | 300 | 99 | 2,56 | 1,2 mmol/l | 1,4 mmol/l | 1,7 mmol/l | 2,3 mmol/l |
| 270 | 250 | 97,5 | 2,19 | 1,0 mmol/l | 1,2 mmol/l | 1,5 mmol/l | 1,9 mmol/l |
| 220 | 200 | 93,5 | 1,87 | 0,8 mmol/l | 0,9 mmol/l | 1,2 mmol/l | 1,5 mmol/l |
| 170 | 150 | 90 | 1,60 | 0,6 mmol/l | 0,7 mmol/l | 0,9 mmol/l | 1,1 mmol/l |
| 120 | 100 | 82,5 | 1,37 | 0,4 mmol/l | 0,5 mmol/l | 0,6 mmol/l | 0,8 mmol/l |
| 70 | 50 | 75 | 1,17 | 0,2 mmol/l | 0,2 mmol/l | 0,3 mmol/l | 0,4 mmol/l |
| 20 | ref | 50 | ref | ref | ref | ref | ref |

Redukce hladiny LDL-C je nutná pro snížení celkového KV-rizika v podobném rozsahu jako je riziko způsobené zvýšením Lp(a).

Graf 4 zobrazuje kumulativní absolutní celoživotní riziko závažných KV-příhod definované jako první výskyt kterékoli z následujících příhod: fatálního nebo nefatálního IM, fatální nebo nefatální ischemické CMP, nebo koronární revaskularizace (perkutánní koronární intervence nebo koronární arteriální bypass) u 440 368 jedinců evropské rasy registrovaných v UK Biobank. U obou pohlaví došlo k rozdělení na 3 skupiny: referenční skupina s průměrnou hladinou Lp(a) 16–17 nmol/l a LDL-C 3,5–3,6 mmol/l bez alel zvyšujících Lp(a); skupina s vyšší celoživotní expozicí Lp(a) 136–138 nmol/l z důvodu přítomnosti jedné kopie alely zvyšující Lp(a) a průměrnou hladinou LDL-C v populaci (3,5–3,6 mmol/l); skupina s vyšší celoživotní expozicí Lp(a) 136–138 nmol/l z důvodu přítomnosti jedné kopie alely zvyšující Lp(a) A ZÁROVNĚ s celoživotní expozicí LDL-C nižší o 0,5 mmol/l (3,0–3,1 mmol/l) z důvodu přítomné kombinace genetických faktorů snižujících hladinu LDL-C. Z grafu lze vyvodit, že zvýšení rizika závažných KV-příhod způsobené celoživotní expozicí přibližně o 120 nmol/l vyšší hladině Lp(a) lze snížit v jakémkoliv věku snížením celoživotní expozice hladiny LDL-C o 0,5 mmol/l. Podle těchto výsledků je možné odhadnout, jak intenzivně modifikovat rizikový faktor, v tomto případě snížit LDL-C, pro snížení zvýšeného rizika závažných KV-příhod způsobených hladinou Lp(a) u daného jedince.

Tab. 4 zobrazuje kvantitativní odhad, jak intenzivně snížit hladinu LDL-C, aby došlo ke snížení zvýšeného rizika závažných KV-příhod z důvodu vyšší hladiny Lp(a) a věku, ve kterém je snižování hodnoty LDL-C zahájeno. Čím později je však snižování hladiny LDL-C zahájeno, tím musí být intenzivnější, aby došlo ke odpovídajícímu snížení rizika. Např. jedinec s hodnotou Lp(a) vyšší o 220 nmol/l má 1,87krát zvýšené riziko závažných KV-příhod v porovnání s jedincem s hodnotou Lp(a) vyšší o 20 nmol/l (při předpokladu, že ostatní rizikové faktory jsou srovnatelné). Riziko je možné snížit, pokud se ve věku 30 let hladina LDL-C sníží o 0,8 mmol/l. Pokud však snižování hladiny LDL-C bude zahájeno až ve věku 60 let, bude nutné LDL-C snížit o 1,5 mmol/l. Pokud je riziko vysoké a způsobené převážně Lp(a), bude snižování ostatních rizikových faktorů nedostatečné a je nezbytná léčba specificky snižující Lp(a). Algoritmus pro výpočet přínosu a rizika hladin Lp(a) je k dispozici na webových stránkách European Atherosclerosis Society <http://www.eas-society.org/LPA_risk_and_benefit_algorithm>.

Data poskytl prof. Brian Ference a prof. Alberico L. Catapano.

HR – Hazard Ratio/poměr rizik MACE – Major Adverse Cardiac Events/závažné nežádoucí kardiovaskulární příhody ref – referenční hodnota

Důsledky hraničních hodnot pro stanovení rizika?

Souvislost mezi hodnotou Lp(a) a rizikem KVO je lineární, avšak v klinické praxi hraniční hodnoty pomáhají určit klinicky významné zvýšení rizika, přestože jejich obtížné stanovení může zpochybňovat jejich validitu. Řešením by mohly být specifické referenční hodnoty vyšetření, analogické vyšetřením různých kardiálních troponinů [187]. Tento konsenzus navrhuje pragmatický přístup s hraničními hodnotami pro „vyloučení“ (< 30 mg/dl nebo < 75 nmol/l), nebo „potvrzení“ (> 50 mg/dl nebo > 125 nmol/l) rizika. Intermediární/přechodná zóna (tj. 30–50 mg/dl; 75–125 nmol/l) bude aplikována při hodnocení rizika způsobeného Lp(a) v přítomnosti jiných rizikových faktorů a při stratifikaci rizika [181]. Laboratoře by ve zprávách s výsledky měly uvádět i název metody, aby bylo možné zhodnotit rozdílné výsledky při dalších kontrolách pacienta.

Měl by se cholesterol obsažený v Lp(a) použít pro snížení LDL-C?

16

Cholesterol obsažený v částicích Lp(a) nelze oddělit od cholesterolu v částicích LDL, a proto se uvádí společně jako koncentrace LDL-C. Podle předchozích analýz izolovaných částic Lp(a) tvoří cholesterol 30–45 % hmotnostní koncentrace Lp(a) [188,189]. Množství cholesterolu v Lp(a) [Lp(a)-C] se proto tedy odhaduje tak, že se koncentrace Lp(a) vyjádřená v mg/dl vynásobí koeficientem 0,3, a používá se takto jako korekce LDL-C: Lp(a)-C minus korigovaný LDL-C.

Tento postup má však svá omezení, protože přímé měření obsahu cholesterolu v poměru k hmotnosti částice Lp(a) ukázalo na velikou interindividuální i intraindividuální variabilitu v rozmezí 6 % až 60 % [128]. Proto tento konsenzus tedy korekci LDL-C podle Lp(a)-C v běžné praxi nedoporučuje. Jedinou výjimkou mohou být pacienti s klinicky suspektní FH [190] a zvýšenými hodnotami Lp(a), u nichž korekce může upřesnit nebo vyloučit diagnózu [191,192]. Vzhledem k tomu, že gen LPA byl identifikován jako příčina rezistence vůči statinům a Lp(a)-C je považován za frakci LDL-C rezistentní ke statinům [193],

korekce LDL-C na Lp(a)-C může odlišit pacienty s vyšší základní hladinou Lp(a) a sníženou léčebnou odpovědí vůči statinům.

Je vhodné genetické testování?

Měření koncentrace Lp(a) je pro odhad rizika souvisejícího s Lp(a) dostatečné bez potřeby určení genotypu, polygenních rizikových skóre, nebo vyšetření velikostí exprimovaných izoform apo(a) [194].

Navrhovaná doporučení pro zlepšení péče o pacienty se zvýšeným Lp(a)

zdravotníci zapojení do screeningu a testování vysoké hladiny Lp(a)

- měření Lp(a) má být běžnou součástí prvního vyšetření lipidového profilu
- nabídka školení interpretace výsledků a rodinného poradenství
- informování blízkých příbuzných o rizicích, nabídka kaskádového testování vysoké hladiny Lp(a) a rodinné poradenství blízkým příbuzným probanda před a po vyšetření
- zahrnutí Lp(a) do strategií stratifikace rizik ASKVO

interakce mezi lékařem a pacientem

- společné rozhodování (s metodami poradenství, pokud jsou vyžadovány)
- vyhodnocení absolutního rizika ASKVO
- nabídka zahájení kaskádového testování příbuzných 1. stupně
- úprava behaviorálních rizikových faktorů s poradenstvím zaměřeným na životní styl
- zvážení rizik a přínosů farmakologické léčby rizikových kardiovaskulárních faktorů s ohledem na hodnoty a preference pacienta
- odesílání komplikovanějších pacientů ke specialistovi lipidologovi

konzultace s lipidologem

- kontrola u specialisty lipidologa by měla být nabídnuta všem pacientům se zvýšenou hodnotou Lp(a) a vyšším rizikem ASKVO

laboratorní výsledky

- při významném rozsahu odchylky zvýšených hodnot Lp(a) nutno upozornit lékaře

- komentář s interpretací výsledků by měl zhodnotit riziko ASKVO, případně vést ke zvážení vhodnosti kaskádového vyšetření a možnost odeslání jedince do lipidové poradny

celosvětové zavedení kódů Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)

- podpora používání kódů MKN pro diagnózu zvýšené hodnoty Lp(a) v nemocnicích, v primární péči a klinických registrech
- MNK-10, kód diagnózy E78.41: Zvýšený Lp(a)
- MNK-10, kód diagnózy Z83.430: Zvýšený Lp(a) v rodinné anamnéze

klinické registry a kodifikace

- u všech pacientů s extrémně vysokou hladinou Lp(a) a stejně postižených příbuzných je nutno získat souhlas se zařazením do klinického registru

stanovení KV-rizika

- zvýšená hodnota Lp(a) by měla být zahrnuta jako proměnná do výpočtu rizika v dané zemi při primární i sekundární prevenci ASKVO

zapojení veřejnosti

- partnerství s patientskými organizacemi zaměřené na prosazení lepší péče o jedince s vysokou hodnotou Lp(a), ve spolupráci s nimi zvyšování povědomí o tomto problému ve veřejnosti i u státních úřadů, zavádění nákladově efektivních strategií vyšetření a zajišťování přístupu k novým terapiím
- zavedení různých prostředků/médií pro zapojení veřejnosti a dalších klíčových partnerů, včetně sociálních sítí, zdravotních aplikací, webových stránek a online školení

Doporučení pro měření hladiny Lp(a)

- Laboratoře by měly používat test, který není citlivý na izoformu apo(a), za použití standardního materiálu.
- Měření Lp(a) by mělo používat molární jednotky, pokud je to možné. Pokud ne, ve výsledcích se uvedou jednotky, na které je test kalibrován.
- Spíše než absolutní hodnoty by klinická doporučení měla zohlednit přechodné zóny hranice rizika (např. 30–50 mg/dl nebo 75–125 nmol/l) pro potvrzení (≥ 50 mg/dl; 125 nmol/l), nebo vyloučení (< 30 mg/dl; 75 nmol/l) KV-rizika.

Klinické doporučení: Jak postupovat u pacienta se zvýšenou hladinou Lp(a)

Protože není k dispozici žádná schválená léčba snižující specificky Lp(a), doporučujeme u jedinců se zvýšenou hladinou Lp(a) časnou a intenzivní léčbu ostatních rizikových faktorů v souladu s příslušnými doporučeními [126,175]. Pro dostatečné snížení rizika ASKVO, při kterém bude uspokojivě potlačeno navýšení rizika způsobené zvýšenou hladinou Lp(a), se doporučuje personalizovaná úprava LDL-C, krevního tlaku, glykemie a životního stylu ve vztahu k základnímu KV-riziku a k zvýšené hladině Lp(a) bez léčby – viz níže. Kontrola hladiny LDL-C má probíhat v souladu s aktuálními doporučeními [126,175]. Ačkoliv statiny mohou mírně zvýšit hladinu Lp(a) [65–68], léčba se nemá ukončovat, protože její KV-benefit u pacientů s vysokým Lp(a) mnohonásobně převyšuje jakékoliv potenciální riziko z mírného navýšení Lp(a) [65,195]. Lipoproteinovou aferézu lze zvážit u pacientů s velmi vysokým Lp(a) a pokročilým KVO navzdory optimální léčbě jiných rizikových faktorů, protože dostupná data z nekontrolovaných studií svědčí o jejím přínosu [196,197].

18

Ve většině studií s inhibitory proproteinových konvertáz subtilizin-kexinového typu 9 (PCSK9) došlo při této léčbě k významnějšímu poklesu absolutního KV-rizika při vyšší hladině Lp(a) v době zařazení. Ve studii FOURIER bylo absolutní riziko sníženo o 2,41 % versus 1,41 % při Lp(a) > 50 versus < 50 mg/dl [198] a ve studii ODYSSEY OUTCOMES o 3,7 % při Lp(a) > 60 mg/dl versus 0,5 % u pacientů s Lp(a) v nejnižším kvartilu [199]. Inhibitory PCSK9 však nejsou registrovány pro snižování Lp(a).

Niacin se vzhledem k nedostatečnému klinickému přínosu ve dvou studiích nedoporučuje [200,201]. Rovněž podle současných dat nelze doporučit dávkování aspirinu podle hladiny Lp(a) [202].

Nová léčiva ve výzkumu

Nově vyvíjenými přípravky pro snížení Lp(a) jsou antisense a malé interferující (small interfering) molekuly RNA (siRNA) zacílené na syntézu apo(a) v hepatocytech [203]. V klinických studiích časně fáze antisense oligonukleotidu pelakarsenu – dříve TQJ230

a AKCEA-APO(a)-LRx – podávaného v dávce 20 mg 1krát týdně a 60 mg 1krát za 4 týdny byl pozorován pokles o 80 %, resp. 72 %, přičemž na konci klinické studie dosáhlo 98 %, resp. 81 % pacientů hladiny Lp(a) < 125 nmol/l [204]. U olpasiranu, (dříve AMG890), malé interferující siRNA konjugované s N-acetylgalaktosaminem (GalNAc), došlo k poklesu v rozmezí 71 % a 97 %, který přetrval více než 6 měsíců [205]. Oba přípravky mají příznivý bezpečnostní profil. Jiná siRNA konjugovaná s GalNAc (SLN360, Silence Therapeutics) je v časně fázi vývoje [206].

O kolik je nutné Lp(a) snížit, aby se projevil příznivý efekt?

Ačkoliv se odhady liší, pro klinicky významný pokles rizika příhod ASKVO v „blízké době“ (< 5 let) je podle několika krátkodobých randomizovaných studií potřeba dosáhnout velkého absolutního snížení koncentrace Lp(a) (> 50–100 mg/dl) [107,169,207]. Přesná data však dosud nejsou k dispozici.

Snižování Lp(a) u stenózy aortální chlopně

K dispozici jsou robustní důkazy o tom, že počátek onemocnění aortální chlopně, zvýšená aktivita onemocnění a jeho progresse mají kauzální souvislost s vysokou koncentrací Lp(a) [93,112]. V současnosti jsou však nutné randomizované kontrolované studie vlivu snižování Lp(a) na progresi AVS, pro které je však velmi náročné vybrat vhodnou populaci pacientů a sledované parametry [110].

Doporučený postup léčby vysoké hladiny Lp(a)

- Při absenci léčby specificky snižující hladinu Lp(a) se pacientům se zvýšenou hladinou Lp(a) doporučuje časná intervence rizikových faktorů, přičemž je nutné vzít v úvahu absolutní celkové KV-riziko a míru zvýšení hodnot Lp(a).
- Mezi pacienty s vysokými hodnotami Lp(a) je třeba pečlivě ošetřit všechny KV-rizikové faktory podle doporučených postupů.
- Lipoproteinovou aferézu lze zvážit u pacientů s velmi vysokým Lp(a) a pokročilým KVO i přes optimální léčbu rizikových faktorů.
- Niacin se pro snížení Lp(a) nedoporučuje.

Dopady na klinickou praxi a úskalí

Ačkoliv zavedení principů péče o jedince se zvýšenými hodnotami Lp(a) do klinické praxe může být náročné, jako model může posloužit péče o pacienty s FH a jejich rodiny [179]. Zásadní je zvyšování všeobecného povědomí o důležitosti úpravy zvýšené hladiny Lp(a) a školení širokého spektra zdravotníků v této problematice [208].

Závěr

Tento konsenzus EAS 2022 aktualizuje důkazy související se vztahem hodnot Lp(a) k výskytu ASKVO, důrazně podporuje klinická doporučení a jejich zařazení do odhadu celkového rizika. Klíčové je zlepšení standardizace měření hodnot Lp(a) společně se zavedením stejných modelů péče jako u FH.

Mezery v našich znalostech o Lp(a) nicméně přetrvávají (*box 2*). Stěžejní je otázka, zda snížení zvýšených hodnot Lp(a) při dobře kontrolovaných hladinách LDL-C vede k poklesu rizika kardiovaskulárních příhod. V tomto směru budou zásadní výsledky ze studie HORIZON zaměřené na vliv snižování hladiny Lp(a) na MACE u pacientů s KVO. V neposlední řadě je prioritou zjištění potenciálu, který má snížení hladin Lp(a) na snížení progresse AVS.

Box 2 | Zásadní mezery ve znalostech o Lp(a)

- Dosud se nepodařilo pochopit řadu aspektů genetické regulace hladiny Lp(a). Proto je třeba zaměřit další výzkum na identifikaci kauzálních variant a mechanismů, které moduluji hladinu Lp(a) nebo zvyšují patogenitu Lp(a).
- Prioritou je lepší pochopení patogenity různých složek Lp(a) částic.
- Je třeba určit, jaký je mechanismus souvislosti mezi velmi nízkou hladinou Lp(a) a vznikem a rozvojem onemocnění diabetes mellitus.
- Je nutné zlepšit standardizaci měření hodnot Lp(a).
- Potřebné jsou studie s vyšším počtem pacientů různých etnik.
- Je nutné zjistit, zda snížení hodnoty Lp(a) zpomalí urychlenou aterogenezi a progresi AVS a sníží počet kardiovaskulárních příhod. Rovněž se neví, o kolik je nutné snížit hodnotu Lp(a), aby se klinický přínos projevil.

TF podpořen projektem Národní institut pro výzkum metabolických a kardiovaskulárních onemocnění (Program EXCELES, ID: LX22NPO5104) – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU.

Literatura

Číselné označení citované literatury odkazuje na citace v originální verzi Konsenzu:

Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG et al. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: A European Atherosclerosis Society consensus statement. *Eur Heart J* 2022; 43(39): 3925–3946. Dostupné z DOI: <<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac361>>.

Článek bol prevzatý a uverejnený so súhlasom autora a odbornej redakcie Atheroreview a zároveň s láskavým súhlasom hlavného odborného redaktora prof. M. Vrablíka a vydavateľstva Facta Medica, s. r. o. Článek bol po prvý krát uverejnený v časopise *AtheroRev* 2023; 8(2): 66–76