

Lipidológia

Mikor előnyösebb a százalékos LDL-koleszterin-csökkentési stratégia alkalmazása?

A nagy esetszámú, obszervációs vizsgálat az LDL-koleszterin-csökkentés kétfajta kezelési stratégia eredményességét hasonlította össze, az elmúlt években az európai társaságok irányelveikben a célkoncentrációra való törekvéssel szemben a százalékos redukció használatát javasolják.

BMC Cardiovascular Disorder, 2019. március

Az amerikai ACC/AHA 2014-ben megjelent lipidkezelési irányelvei leszögezik, hogy csak a százalékos LDL-koleszterin (LDL-K-) csökkentés vonatkozásában állnak rendelkezésre megfelelő statisztikai adatok. Ennek értelmében véleményük szerint – a korábbiakkal ellentétben – egyértelműen ezt a kezelési stratégiát kell előnyben részesíteni: nagy kockázatú betegeknél az LDL-K 30–50%-os, nagyon nagy kockázatúaknál 50%-osnál nagyobb csökkentését célul kitűzve.

Régóta tudjuk, hogy a kiindulási LDL-K-szint 50%-os vagy azt meghaladó redukciója a koszorúérplakkok regresszióját váltja ki, így eddig sem volt ismeretlen, hogy a mmol/l-ben megadott célszint használata mellett ez a megközelítés is alkalmazható. Az elmúlt években az európai társaságok (ESC/EAS) irányelveikben leszögezték, hogy a célkoncentráció (nagy kockázatú betegeknél a 2,6 mmol/l-es, nagyon nagy kockázatúaknál az 1,8 mmol/l-es szint) elérésére való törekvés mellett

az 50%-os redukció kitűzésének is van létjogosultsága.

Az 5652 hypercholesterinaemiás beteg (átlagéletkor: 60,6 év, 52%-uk nő) bevonásával zajlott vizsgálatban 583 családorvos és 101 kórházi szakorvos vett részt. A kor és nem szerint megközelítőleg azonos összetételű két csoportban a kétféle kezelési stratégia sajátosságait elemezték. Az emelkedett LDL-K-szintű, részben már sztatinnal kezelt, részben kezeletlen betegek rosuvastatint kaptak. A 12 hónapos követés során három ellenőrzés történt, mégpedig a kezelés 2., 6. és 12. hónapjában. Ugyanekkor a koleszterinszint mellett az AST és ALT májenzimek szintjét, a kreatináz- és a kreatininszintet is mérték, és regisztrálták a betegek gyógyszereszedéssel kapcsolatos esetleges panaszait.

Mindkét ágon több ezer beteget kezeltek, és a megfelelő statisztikai erővel rendelkező elemzés során azt keresték, hogy az emelkedett LDL-K-szintű betegeknél milyen mértékben érhető el a rizikóstatusz-

nak megfelelő kívánt célérték. A vizsgálat célja a rizikóstatusztól függő célértékek elérése, azaz nagy kockázat esetén 2,6 mmol/l és/vagy legalább 30%-os LDL-K-csökkentés, míg igen nagy kockázat mellett az 1,8 mmol/l-es érték és/vagy legalább 50%-os LDL-K-redukció.

A nagyon nagy kockázat csoportjában a százalékos redukció 30,1%-os, a célérték stratégia 23,2%-os sikerarányt mutatott (a különbség nem szignifikáns), míg a nagy kockázatú, de kardiovaszkuláris tüneteket nem mutató csoport kétfajta stratégiával elért sikerarányát rendre 68,6%-osnak, illetve 58,1%-osnak találták, ez a különbség szignifikánsnak bizonyult. Tehát a százalékos redukciós stratégiából elsősorban a nagy kockázatú betegek profitálhatnak.

A célérték elérésének sikerét a kiindulási LDL-K értéke is befolyásolta. Egy bizonyos határérték alatt minél nagyobb a kiindulási LDL-K-érték, annál jobb a százalékos redukciós stratégia sikeraránya, a 30%-os abszolút értékű csökkentés

könnyebben elérhető, mint a célérték stratégiával kitűzött 2,6 mmol/l-es célkoncentráció. Ezzel ellentétben, minél alacsonyabb a kezdeti LDL-K-érték, annál nehezebb azt 30%-kal csökkenteni, míg a 2,6 mmol/l-es célkoncentráció könnyebben elérhető, ilyen esetekben tehát a célkoncentrációt megadó stratégia alkalmazása a kedvezőbb. A nagy rizikójú csoportban a számítások szerint 3,7 mmol/l kiindulási LDL-K-értéknél áll fenn az a helyzet, hogy mind a célkoncentráció, mind a 30%-os mérték eléréséhez egyetemlegesen 2,6 mmol/l-re kell mérsékelni az LDL-K értéket. Ha ennél nagyobb a kiindulási LDL-K-érték, akkor a százalékos csökkentés esetében a 30%-os cél mindig magasabb abszolút LDL-C szintet fog jelenteni. Ez a magasabb LDL abszolút érték pedig

könnyebb elérhetőséget jelent a fix 2,6 mmol/l célszinthez képest.

Az előzetes sztatinkezelés a kiindulási LDL-K-szinten keresztül befolyásolta a sikerrátát, de csak a nagy kockázatú csoportban volt szignifikáns a különbség a százalékos redukciós stratégia javára, itt ugyanis a sztatinnaliv betegek kiindulási LDL-K-szintje 3,9 mmol/l, és így ebben a betegcsoportban a célszázalékos LDL-K-redukciós stratégia *de facto* 72%-os célérték-elérési sikert jelentett. Ez szignifikánsan jobb volt, mint a sztatinnal már kezelt (3,6 mmol/l-os kezdeti LDL-K-értékű), nagy rizikójú csoportban kapott eredményesség, és hasonló módon egyértelműen meghaladta a célszintre történő kezelés hatékonyságát (ennek összesített értéke 58%)!

Összességében tehát, a kezelendő, igen jelentős számú, nagy rizikójú, sztatinnal nem kezelt populáció esetében ez a kezelési stratégia jogos és egyszerűbben elérhető alternatíva lehet. A nagyon nagy kockázatú csoportokban, ahol a kiindulási LDL-K-értékek magasabbak voltak, nem különbözött a kétfajta sztatincsökkenő stratégia eredményessége.

Dr. Nagy Judit

Az ismertetés alapjául szolgáló közlemény:

Császár A. *The characteristics of two LDL-cholesterol level reduction treatment strategies, „treat-to-target” and „percent reduction”: an observational study without intervention. BMC Cardiovasc Disord 2019;19(1):57, DOI: 10.1186/s12872-019-1038-y*