

## LIPIDOLOGIA

Katarzyna Wysocka

# Których pacjentów należy zaliczyć do grupy ryzyka ekstremalnego

Określenie stopnia ryzyka chorób sercowo-naczyniowych jest niezwykle istotne dla postępowania terapeutycznego. Dotąd to ryzyko było ujmowane w czterostopniowej skali – jako małe, umiarkowane, duże lub bardzo duże. W najnowszych polskich wytycznych dotyczących postępowania w zaburzeniach lipidowych pojawia się jeszcze jedna kategoria – pacjenci z ekstremalnym ryzykiem sercowo-naczyniowym.

Ryzyko sercowo-naczyniowe pozwala w przybliżeniu ocenić, jakie jest prawdopodobieństwo, że u pacjenta w ciągu następnych 10 lat wystąpi choroba sercowo-naczyniowa lub zgon z jej powodu. Jak wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Paweł Burchardt, FESC, z Pracowni Biologii Zaburzeń Lipidowych Kliniki Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, określenie ryzyka sercowo-naczyniowego jest niezwykle ważne. Determinuje bowiem terapię hipolipemizującą, której podstawowym celem jest osiągnięcie i utrzymanie docelowego, określonego w wytycznych stężenia frakcji LDL cholesterolu. Cel tej terapii determinuje z kolei jej siłę, czyli najogólniej mówiąc, rodzaj leku stosowanego u danego pacjenta.

– *Dotychczas ryzyko sercowo-naczyniowe było klasyfikowane jako ryzyko bardzo duże, duże, umiarkowane lub małe. W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2019 r. pojawia się jeszcze jedna kategoria – ekstremalnie wysokie ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych. Jest ona jednak dość ogólnie zdefiniowana i dotyczy tylko prewencji wtórnej. Potrzebna jest dokładniejsza definicja, ponieważ ma to bardzo duże inklinacje kliniczne* – tłumaczy prof. Paweł Burchardt.

## Skale EuroSCORE i Pol-SCORE

Ryzyko sercowo-naczyniowe szacowane jest za pomocą parametrów ujętych w skali SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Są to zarówno parametry demograficzne, jak i kliniczne czy laboratoryjne, m.in. płeć, wiek, nałóg palenia papierosów, obciążenia w wywiadzie rodzinnym, deprivacja społeczna, ciśnienie skurczowe, stężenie cholesterolu HDL, stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA<sub>1c</sub>), status związany z obciążeniami gospodarki węglowodanowej.

W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology – ESC) opisywanych jest kilka skal służących do oceny ryzyka sercowo-naczyniowego.



Fot. istockphoto

– *Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne rekomenduje skalę EuroSCORE dostosowaną do określonych populacji narodowych. Skala ta wykorzystuje parametry demograficzne, takie jak płeć, wiek, status dotyczący palenia papierosów, stężenie cholesterolu całkowitego i wartość ciśnienia. Pod względem tych parametrów populacja europejska wydaje się najlepiej przebadana. W związku z tym skala może być łatwo rekalkulowana na skalę wyższego ryzyka, czyli stosowaną w populacjach, w których śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych przekracza 150/100 000 osób, lub dostosowywana do populacji niższego ryzyka, gdzie ten wskaźnik nie przekracza 150/100 000* – mówi prof. Paweł Burchardt.



Fot. istockphoto

W populacji polskiej od 2007 r. stosowane są tablice Pol-SCORE (uaktualnione w 2015 r.). Stworzono je, stosując algorytm uwzględniający m.in. główne czynniki ryzyka w Polsce. Przyjmuje się, że tablice te są nawet o 20 proc. bardziej wiarygodne

”

prof. Paweł Burchardt: *W zaleceniach Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego znajdzie się sugestia, by do grupy ekstremalnie wysokiego ryzyka kwalifikować pacjentów, u których ryzyko w skali Pol-SCORE będzie przekraczało 20 proc.*

w ocenie 10-letniego ryzyka zgonu Polaków z powodu chorób sercowo-naczyniowych niż skala EuroSCORE.

Eksperti zalecają, by stratyfikując ryzyko sercowo-naczyniowe, zestawiać czynniki ryzyka niekontrolowanego u pacjentów



Do grupy dużego lub bardzo dużego ryzyka sercowo-naczyniowego automatycznie zaliczani są pacjenci z cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek i miażdżycą. Każdej z tych grup ryzyka jest przyporządkowany określony cel terapii hipolipemizującej, do którego powinni dążyć lekarze

z wynikami wzorcowymi. – Na przykład pacjent w wieku 40 lat z licznymi czynnikami ryzyka, wysokim stężeniem cholesterolu całkowitego, wysokimi parametrami ciśnienia, który pali papierosy, ma na skali takie same ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych w ciągu najbliższych dziesięciu lat jak pacjent 60-letni, który ma wszystkie te czynniki pod kontrolą. Kolejna kwestia to ocena ryzyka dożywności – tu również eksperci zalecają ocenę pacjentów pod kątem niekontrolowanych czynników ryzyka – przypomina prof. Paweł Burchardt.

### Czynniki modyfikujące ryzyko

Warto zwrócić uwagę, że w wytycznych ESC uwzględnione są pewne parametry kliniczne, które mogą modyfikować skalę EuroSCORE. Należą do nich deprivacja społeczna, otyłość i otyłość centralna mierzone wskaźnikiem masy ciała i obwodem pasa, brak aktywności fizycznej, stres psychospołeczny, w tym wyczerpanie sił życiowych. Są to także przedwczesne choroby układu krążenia w wywiadzie rodzinnym (mężczyźni poniżej 55. roku życia, kobiety poniżej 60. roku życia), przewlekłe mediowane immunologicznie choroby zapalne, poważne choroby psychiczne, leczenie z powodu zakażenia HIV, migotanie przedsionków, przerost lewej komory, przewlekła choroba nerek, obturacyjny bezdech senny, niealkoholowe stłuszczenie wątroby. – W wytycznych Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego (PTL) uwzględnione zostały również parametry laboratoryjne. Z czynników laboratoryjnych bardzo ważna jest lipoproteina A. Wytyczne zalecają ocenę

tego parametru raz w życiu u każdej osoby, a u pacjentów, którzy są obciążeni ryzykiem sercowo-naczyniowym, mają nawracające epizody sercowo-naczyniowe, chorują na hipercholesterolemię lub mają obciążony wywiad rodzinny, częściej. Ważne są również parametry ryzyka naczyniowego, na co ESC zwraca uwagę w swoich poprzednich wytycznych, mówiąc m.in. o stopniu uwapnienia tętnic wieńcowych. Okazuje się, że jest to jeden z najsilniejszych czynników modyfikujących ryzyko sercowo-naczyniowe, automatycznie przesuwać pacjentów z grupy umiarkowanego do dużego ryzyka zgonu. Podobnie istotna jest ocena obecności blaszki miażdżycowej w tętnicy szyjnej lub w tętnicy udowej. Nie ma natomiast znaczenia pomiar grubości kompleksu błony środkowej i wewnętrznej tętnicy szyjnej – ten parametr nie jest w tej ocenie skuteczny – wyjaśnia prof. Paweł Burchardt.

Profesor dodaje, że konieczna jest także weryfikacja, czy zaburzenia lipidowe u pacjenta nie są spowodowane zaburzeniami genetycznymi. Do tego wykorzystuje się skalę Dutch (*The Dutch Lipid Clinic Network Score*), stosując zestaw kryteriów opartych na rodzinnej historii pacjentów z przedwczesną chorobą sercowo-naczyniową. Zastosowanie tej skali pozwala zidentyfikować pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną.

Do grupy dużego lub bardzo dużego ryzyka sercowo-naczyniowego automatycznie zaliczani są pacjenci z cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek i miażdżycą. Każdej z tych grup ryzyka jest przyporządkowany określony cel terapii hipolipemizującej, do którego powinni dążyć lekarze.

Profesor Paweł Burchardt przypomina, że w wytycznych z 2019 r. pojawił się jeszcze jeden próg dla LDL – poniżej 40 mg/dl. W badaniach z inhibitorami PCSK9 stwierdzono bowiem, że obniżenie stężenia LDL z 70 do 30 mg/dl skutkuje redukcją zdarzeń sercowo-naczyniowych o ok. 22 proc.

### Wytyczne PTL precyzyjniejsze od wytycznych ESC

W wytycznych ESC z 2019 r. wspomniano o jeszcze jednej grupie – pacjentach z ekstremalnie wysokim ryzykiem zdarzeń ser-

Tabela 1. Kategorie ryzyka sercowo-naczyniowego

Poziom ryzyka	Kryteria
ryzyko ekstremalne	<ul style="list-style-type: none"> <li>stan po OZW i wywiad innego incydentu naczyniowego w ciągu 2 lat</li> <li>stan po OZW i występowanie choroby naczyń obwodowych lub choroby wielołożyskowej (miażdżycy wielopoziomowej) definiowanej jako występowanie istotnych zmian miażdżycowych w co najmniej dwóch z trzech łożysk naczyniowych</li> <li>stan po OZW i współistniejąca wielonaczyniowa choroba wieńcowa</li> <li>stan po OZW oraz rodzinna hipercholesterolemia (pomimo optymalnego, maksymalnego tolerowanego leczenia statynami)</li> </ul>
ryzyko bardzo duże	<ul style="list-style-type: none"> <li>udokumentowana klinicznie lub w badaniach obrazowych choroba sercowo-naczyniowa</li> <li>cukrzyca z uszkodzeniem narządowym (definiowanym jako występowanie mikroalbuminurii, retinopatii lub neuropatii) lub co najmniej trzema czynnikami ryzyka (wiek, nadciśnienie, dyslipidemia, palenie, otyłość)</li> <li>cukrzyca typu 1 o wczesnym początku, trwająca ponad 20 lat</li> <li>przewlekła choroba nerek z eGFR 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></li> <li>hipercholesterolemia rodzinna z chorobą sercowo-naczyniową lub innym dużym czynnikiem ryzyka</li> <li>ryzyko ≥ 110 proc. wg skali Pol-SCORE</li> </ul>
ryzyko duże	<ul style="list-style-type: none"> <li>znacznie nasilony pojedynczy czynnik ryzyka, szczególnie TC &gt; 8 mmol/l (&lt; 310 mg/dl), LDL-C &gt; 4,9 mmol/l (&gt; 190 mg/dl), lub ciśnienie tętnicze krwi ≥ 180/110 mm Hg</li> <li>hipercholesterolemia rodzinna bez innych czynników ryzyka</li> <li>cukrzyca bez uszkodzenia narządowego, trwająca ≥ 10 lat lub z innym dodatkowym czynnikiem ryzyka (wiek, nadciśnienie, dyslipidemia, palenie, otyłość)</li> <li>przewlekła choroba nerek z eGFR 30–59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></li> <li>ryzyko ≥ 5 proc. i &lt; 10 proc. wg skali Pol-SCORE</li> </ul>
ryzyko umiarkowane	<ul style="list-style-type: none"> <li>cukrzyca typu 1 u pacjentów &lt; 35. roku życia, typu 2 u pacjentów &lt; 50. roku życia trwająca poniżej 10 lat, bez innych czynników ryzyka</li> <li>ryzyko &lt; 5 proc. wg skali Pol-SCORE</li> </ul>
ryzyko małe	<ul style="list-style-type: none"> <li>ryzyko &lt; 1 proc. wg skali Pol-SCORE</li> </ul>

cowo-naczyniowych. Eksperci europejscy określili tę grupę dość ogólnie, jako pacjentów z miażdżycą łożyska naczyniowego, leczonych maksymalną tolerowaną dawką statyn, u których w okresie 2 lat od indeksowego zdarzenia wystąpiło kolejne zdarzenie sercowo-naczyniowe, niekoniecznie identyczne z pierwszym. Wytyczne PTL są bardziej precyzyjne.

– Zgodnie z definicją PTL w grupie ekstremalnie wysokiego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych znajdują się pacjenci po ostrym zespole wieńcowym (OZW) z wywiadem innego incydentu naczyniowego

w ciągu 2 lat, pacjenci po OZW z chorobą naczyń obwodowych w różnych łożyskach, pacjenci po OZW z chorobą wielonaczyniową, a także pacjenci po OZW z rodzinną hipercholesterolemią, którzy otrzymują maksymalne leczenie hipolipemizujące – wyjaśnia prof. Paweł Burchardt.

Do tej grupy można zakwalifikować również pacjentów po OZW z cukrzycą i dodatkowym czynnikiem ryzyka. Cukrzyca typu 2 automatycznie kwalifikuje chorego do grupy wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka.

– W wytycznych ESC występuje co prawda grupa pacjentów z cukrzycą, którzy są zakwalifikowani do ryzyka umiarkowanego, ale tacy chorzy nie zdarzają się w praktyce klinicznej. W zaleceniach PTL znajduje się sugestia, by do grupy ekstremalnie wysokiego ryzyka kwalifikować pacjentów, u których ryzyko w skali Pol-SCORE będzie przekraczało 20 proc. Do tej grupy zostanie zaliczony np. mężczyzna w wieku 60 lat, palący, z ciśnieniem skurczowym 160 mm Hg i stężeniem cholesterolu całkowitego 270 mg/dl, z szacowanym stężeniem cholesterolu LDL > 190 mg/dl. To olbrzymi postęp, dlatego że polskie wytyczne definiują taką grupę już w prewencji pierwotnej – podsumowuje prof. Paweł Burchardt. ■



prof. Paweł Burchardt: Ważne są również parametry ryzyka naczyniowego, na co ESC zwraca uwagę w swoich poprzednich wytycznych, mówiąc m.in. o stopniu uwapnienia tętnic wieńcowych. Okazuje się, że jest to jeden z najsilniejszych czynników modyfikujących ryzyko sercowo-naczyniowe, automatycznie przesuwać pacjentów z grupy umiarkowanego do dużego ryzyka zgonu

