

ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Δημήτριος Ζ. Ρίχτερ, MD, FESC, FAHA

Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Εύρωκλινικής Αθηνών

1. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement *JAMA*. 2016;316(19):1997-2007

2. Interpretation and use of another statin guideline. Greenland P., Bonow R. *JAMA* 2016; 316 (19): 1977-78

Χρειαζόντουσαν πραγματικά και άλλες κατευθυντήριες οδηγίες για την δυσλιπιδαιμία; Μάλλον όχι θα έλεγα προσωπικά.

Υπάρχουν τόσο αντικρουόμενες απόψεις για το πότε και σε ποιους πρέπει να δώσουμε προληπτικά στατίνη;

Ναι και όχι είναι η απάντηση, αν και στην πραγματικότητα οι διαφορές μεταξύ τους δεν είναι τόσο μεγάλες.

Τί λένε οι νεότερες οδηγίες πρωτογενούς πρόληψης της USPSTF;

Ναι στις χαμηλής έως μέτριας ισχύος στατίνες για ενήλικους 40-75 ετών, με τουλάχιστον ένα παράγοντα κινδύνου και 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο $\geq 10\%$ (με βάση το αμερικανικό σκόρ) και ίσως, αφού πρώτα συζητηθεί με τον ασθενή, αν το σκόρ του είναι μεταξύ 7,5-10%.

Οι οδηγίες αυτές έχουν μόνο φιλοσοφική αξία για την Ελλάδα, απ' την ώρα που το σκόρ υπερεκτιμά σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς (και έχει δεχθεί έντονες παρόμοιες κριτικές, πώς υπερεκτιμά τον κίνδυνο και στις ΗΠΑ).

Δεν συστήνεται η έναρξη στατίνης στην πρωτογενή πρόληψη σε άτομα άνω των 76 ετών, λόγω της έλλειψης τυχαιοποιημένων μελετών πώς βοηθούν (προσοχή, δεν λέει διακοπή σε ασθενή που παίρνει όταν γίνει 76, αλλά έναρξη).

Οι οδηγίες αυτές είναι οι πέμπτες από το 2013 που δημοσιεύονται.

Οι οδηγίες των AHA/ACC του 2013 συστήνουν μέτριας-ύψηλης ισχύος στατίνες για τους περισσότερους ασυμπτωματικούς ασθενείς 40-75 ετών στην πρωτογενή πρόληψη με LDL πάνω από 190 mg/dl, ή με διαβήτη, ή με κίνδυνο μεγαλύτερο του 7,5%. Η λογική τους βασίστηκε σε έναν κατά προσέγγιση υπολογισμό της ωφέλειας, που είδαμε στις τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, με χρήση ύψηλης δόσης στατίνης χωρίς συγκεκριμένο στόχο LDL.

Η Καναδική Καρδιολογική Έταιρεία, το 2013 πάλι, συστήνει στατίνη για άντρες άνω των 40 και γυναίκες άνω των 50 ετών με δεκαετή κίνδυνο κατά Framingham κάτω από 10% και LDL >190 mg/dl, ενήλικους οποιασδήποτε ηλικίας με κίνδυνο >20% κατά Framingham και ενήλικους με κίνδυνο 10-20% και LDL 135-190 mg/dl, με στόχο τη μείωση της LDL κατά 50%, χωρίς να συστήσουν δόση θεραπείας.

Το NICE στη Μεγάλη Βρετανία, συστήνει ατορβαστατίνη 20 mg, στην πρωτογενή πρόληψη σε ενήλικους άνω των 40 ετών με κίνδυνο $\geq 10\%$ σύμφωνα με το QRISK2 σκόρ. (Να σημειωθεί πως η ατορβαστατίνη στα 20 mg έχει μόνο μία αποτυχημένη μελέτη - 4D- σε νεφροπαθείς και καμία θετική).

Οι ESC-EAS υπολογίζουν τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο με βάση το Ευρωπαϊκό σκόρ, επιλέγουν τιμή στόχο της LDL με βάση τον συνολικό κίνδυνο, υπολογίζουν πόσο χρειάζεται να πέσει η LDL για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, επιλέγουν στατίνη και δόση με βάση το κριτήριο αυτό και, αν η στατίνη δεν επαρκεί, συστήνεται συνδυασμός φαρμάκων με κατά προτίμηση έξιετιμύμη.

Όλες οι οδηγίες συμφωνούν, πως οι στατίνες είναι αποτελεσματικές ειδικά στις υψηλότερες ομάδες καρδιαγγειακού κινδύνου. Επίσης, όλοι

συμφωνούν, πώς είναι γενικά ασφαλείς, ειδικά σε άτομα κάτω των 76 ετών.

Υπάρχει διαφωνία, σχετικά με το αν πρέπει να υπάρχουν στόχοι, διότι οι μελέτες δεν σχεδιάστηκαν με τη λογική του να αποδείξουν ένα στόχο έναντι του άλλου.

Δεν υπάρχει αμφιβολία για τη χρησιμότητα των στατινών στην πρωτογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σε αντίθεση με την ασπιρίνη, που λόγω παρενεργειών ή πλάστιγγα γέρνει κατά της τα τελευταία χρόνια, οι στατίνες έχουν επιδείξει αξιοσημείωτη ασφάλεια, αν υπολογίσουμε πώς όρισμένες μελέτες έχουν παρουσιάσει δεδομένα 30ετίας χωρίς σοβαρά προβλήματα. Οι παρενέργειες; Μυαλγίες και αύξηση τρανσαμινασών με βεβαιότητα, διαβήτη πιθανότατα, καταρράκτης ίσως.

Το ερώτημα όλων των οδηγίων, που ειδικά στην Αγγλία και στις ΗΠΑ έχουν έντονα και το οικονομικό στοιχείο να περιλαμβάνεται, είναι ποιό φάρμακο σε ποια δόση και πότε είναι cost-effective;

Αυτό αλλάζει με βάση τα εκάστοτε δεδομένα. Το σημαντικό είναι να θυμόμαστε πάντα να ελέγχουμε τιμές λιπιδίων, συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο, οικογενειακό ιστορικό και να προτείνουμε στους ασθενείς μας το καλύτερο για αυτούς.

Το πότε θα προσθέσουμε και άλλα φάρμακα, όπως οι PCSK9, στο παιχνίδι και για ποιους ασθενείς δεν είναι πληθυσμιακό ερώτημα, αφορά στην ιδανική θεραπεία λίγων και όχι στη μαζική θεραπεία πολλών.



«Άνθη σε κινέζικο βάζο»

Emma Desportes de la Fosse