

Μέτρηση χοληστερίνης καί άλλων λιπιδίων: Νηστικός ή όχι;

Γεώργιος Γκουμάς, Άν. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Αθηνών.

Στή διαδικασία εκτίμησης του καρδιαγγειακού κινδύνου κάποιου προσώπου είτε στην αρχική εξέταση, είτε στη συνέχεια της παρακολούθησης, είναι πολύ συχνή ή παραγγελία εξετάσεων από την πλευρά του θεράποντος Ιατρού για τη μέτρηση της χοληστερόλης και των υπόλοιπων λιπιδίων του αίματος. Σε κάποιον με υπερλιπιδαιμία, που πρόκειται να αρχίσει υπολιπιδαιμική θεραπεία, είναι λογικό να γίνονται, πριν την έναρξή της, τουλάχιστον δυο μετρήσεις με διαφορά 1 έως 12 εβδομάδων, προκειμένου

να τεκμηριωθεί με ακρίβεια το πρόβλημα και να αποφευχθούν τυχόν εργαστηριακά λάθη, που δεν είναι σπάνια. Αυτό βέβαια δεν αφορά στους ασθενείς με εξαιρετικά υψηλές τιμές χοληστερόλης και σε εκείνους μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, που πρέπει να αρχίσουν άμεσα υπολιπιδαιμική θεραπεία. Καινούργια εξέταση αίματος πρέπει να γίνεται 4 με 12 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας, καθώς και 4 με 12 εβδομάδες μετά από κάθε αλλαγή της δόσης ή του φαρμάκου που χρησιμοποιείται, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή επίτευξη των στόχων της θεραπείας. Από τη στιγμή που οι στόχοι έχουν επιτευχθεί, ή ολική χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια, ή LDL χοληστερίνη και ή HDL χοληστερίνη καλό είναι να μετρώνται μια φορά το χρόνο.

Ένα από τα πιο συχνά θέματα συζήτησης τα τελευταία χρόνια στα καρδιολογικά συνέδρια, αλλά και αντικείμενο αρκετών έρευνών, είναι το κατά πόσο είναι απαραίτητο αυτές οι μετρήσεις των λιπιδίων να γίνονται σε κατάσταση νηστείας. Δηλαδή, αν ο εξεταζόμενος θα πρέπει να προσέρχεται για αιμοληψία νωρίς το πρωί μετά από όλονυχια άποχή από τη λήψη τροφής για 10-12 ώρες, ή αν μπορεί να πάει για την αιμοληψία οποιαδήποτε στιγμή, ακόμη κι αν έχει προηγηθεί πρόσφατη λήψη τροφής. Η άποχή από λήψη τροφής για 8-12 ώρες αποτελεί εμπόδιο για τον έλεγχο μεγάλου τμήματος του πληθυσμού, που αποφεύγει να το κάνει, είναι ακόμα λιγότερο δημοφιλής για τα



μικρά παιδιά και σχετικά επικίνδυνη για τους διαβητικούς υπό άγωγή, που διατρέχουν τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας. Έξάλλου, τα αποτελέσματα νηστείας αυτών των ωρών αποτελούν ένα πολύ μικρό μέρος του χρόνου της καθημερινής μας ζωής, που στην πλειονότητά της βρίσκεται σε μεταγευματικές συνθήκες. Τα τμήματα προληπτικού ελέγχου, τσέκ-άπ, γεμίζουν κόσμο τις πρωινές ώρες και αναγκάζονται να επιβαρύνονται οικονομικά με προσωπικό, που τις υπόλοιπες ώρες δεν είναι απαραίτητο. Τέλος,

ο έλεγχος του λιπιδαιμικού προφίλ σε συνθήκες μη νηστείας δεν δημιουργεί πρόβλημα στον έλεγχο άλλων παραμέτρων, αφού για παράδειγμα και για το διαβήτη ή τάση είναι να ελέγχεται χωρίς προηγηθείσα νηστεία μετρώντας τη γλυκοζυωμένη αιμοσφαιρίνη, αντί για το άπλο σάκχαρο.

Το άπλο προφίλ λιπιδίων περιλαμβάνει την ολική χοληστερόλη, την LDL και HDL χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Η ολική χοληστερόλη, ή HDL χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια μετρώνται άπευθείας, ενώ ή LDL χοληστερόλη μπορεί είτε να μετρηθεί απ'ευθείας στις περιπτώσεις που τα τριγλυκερίδια είναι ≥ 400 mg/dL ή να υπολογιστεί με τη βοήθεια της εξίσωσης Friedewald (:ολική χοληστερόλη-HDL χοληστερόλη-τριγλυκερίδια /5). Από το άπλο προφίλ λιπιδίων μπορεί επίσης να υπολογιστούν ή υπολειπόμενη χοληστερόλη και ή non-HDL χοληστερόλη. Σε ένα πιο σύνθετο λιπιδαιμικό προφίλ θα μπορούσε να προστεθεί ή λιποπρωτεΐνη (α) και οι άπολιποπρωτεΐνες Β και Α1. Η λιποπρωτεΐνη (α) πρέπει να μετριέται τουλάχιστον μια φορά σε κάθε πρόσωπο που θέλουμε να υπολογίσουμε τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, όμως, επειδή παραμένει σταθερή στην πορεία του χρόνου, δεν έχει νόημα ή επαναλαμβανόμενη μέτρηση, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις θεραπευτικής παρέμβασης. Οι άπολιποπρωτεΐνες Β και Α1 μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτικές των non-HDL και HDL χοληστερόλης, όμως αυτό συνήθως δεν είναι απαραίτητο, επειδή συνοδεύεται

από σημαντική αύξηση του κόστους των εξετάσεων.

Εξετάσεις, λοιπόν, σε κατάσταση νηστείας ή όχι; Πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι οι μεγάλες αυξήσεις των τριγλυκεριδίων, που βλέπουμε μερικές φορές στις δοκιμασίες φόρτισης με λίπος κατά το lipotest, δεν αντιπροσωπεύουν τις αυξήσεις μετά από τη λήψη συνηθισμένου και μάλλον ελαφρού φαγητού, που είναι αρκετά μικρότερες. Επιπλέον, και η άνησυχία για μη αξιόπιστα αποτελέσματα για την LDL κολληστερόλη, που όταν τα τριγλυκερίδια είναι <400 mg/dL υπολογίζεται με τη βοήθεια της εξίσωσης Friedewald, δεν επιβεβαιώνεται, αφού οι διαφορές μεταξύ της απ'εύθείας μετρούμενης και της υπολογιζόμενης LDL κολληστερόλης, τόσο σε συνήκτες νηστείας όσο και χωρίς νηστεία, παραμένουν μη σημαντικές. Τέλος, πολλοί υποστηρίζουν ότι από τη στιγμή, που τόσες πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες υπολιπιδαιμικής παρέμβασης έγιναν χρησιμοποιώντας μετρήσεις λιπιδίων νηστείας, προκειμένου να ασκούμε ιατρική βασισμένη σε αποδείξεις, θα πρέπει στην καθημερινή κλινική πρακτική μας να υπολογίζουμε τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, βασισμένοι μόνο σε μετρήσεις νηστείας. Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη, αφού αγνοεί το γεγονός ότι πολυάριθμες μελέτες παρατήρησης και τουλάχιστον τρεις από τις μεγαλύτερες μελέτες με στατίνη (HPS, ASCOT, SEARCH) χρησιμοποίησαν τυχαία, χωρίς να προηγηθεί νηστεία, δείγματα αίματος.

Πώς όμως επηρεάζει η λήψη τροφής τις τιμές των εξετάσεων του λιπιδαιμικού προφίλ; Πολυάριθμες μελέτες σε παιδιά, ενήλικες και ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη έχουν επιβεβαιώσει ότι η συνηθισμένη πρόσληψη τροφής επηρεάζει ήπια τα επίπεδα των λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών του πλάσματος. Με εξαίρεση λίγα πρόσωπα, που εκδηλώ-

νουν υπερβολικές απαντήσεις, οι περισσότεροι θα εμφανίσουν μικρές αυξήσεις στα τριγλυκερίδια, της τάξης των 26 mg/dl κατά μέσον όρο, και μικρές μειώσεις στην ολική και την LDL κολληστερόλη της τάξης των 8 mg/dl κατά μέσον όρο. Η μείωση της LDL κολληστερόλης έχει την τάση να είναι αρκετά μεγαλύτερη στους διαβητικούς, φτάνοντας τα 23 mg/dl κατά μέσον όρο μετά από ένα φαγητό, όμως η μείωση αυτή φαίνεται να οφείλεται κυρίως στην πρόσληψη ύδατος και εμφανίζεται και χωρίς λήψη τροφής. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο μόνος τρόπος πρόληψης αυτού του φαινομένου δεν είναι η νηστεία, αλλά η μη κατανάλωση ύδατος το διάστημα πριν την αιμοληψία για καθορισμό του λιπιδαιμικού προφίλ, ειδικά στους διαβητικούς.

Πότε λοιπόν πρέπει να χρησιμοποιούμε δείγματα μη νηστείας για μέτρηση των λιπιδίων στο αίμα; Αυτό πρέπει να γίνεται στους περισσότερους ασθενείς και ειδικά 1) σε κάθε ασθενή που κάνει το αρχικό του έλεγχο λιπιδίων, 2) σε εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου, 3) στους ασθενείς με όξυ στεφανιαίο σύνδρομο, 4) στα παιδιά, 5) όταν ο ίδιος ο εξεταζόμενος το επιθυμεί, 6) στους διαβητικούς υπό άγωγή για την αποφυγή του υπογλυκαιμικού κινδύνου, 7) στους ηλικιωμένους, και 8) στους ασθενείς που βρίσκονται σε σταθερή υπολιπιδαιμική άγωγή. Εξέταση των λιπιδίων σε δείγματα νηστείας απαιτείται όταν 1) τα μη νηστείας τριγλυκερίδια είναι περισσότερα από 440 mg/dl, 2) πρόκειται για γνωστή υπό παρακολούθηση υπερτριγλυκεριδαιμία, 3) αφορά σε ασθενή που αναρρώνει από παγκρεατίτιδα λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας, 4) πρόκειται να ξεκινήσει άγωγή με φάρμακα που προκαλούν σημαντική υπερτριγλυκεριδαιμία, και 5) όταν έχουν ζητηθεί επιπλέον εξετάσεις, που απαιτούν δείγματα νηστείας. ●