

Czy ocena lipemii poposiłkowej powinna stać się standardem postępowania u chorych z dyslipidemią? Komentarz do stanowiska polskich ekspertów: Lipemia poposiłkowa – problem kliniczny i potencjalne miejsce w algorytmach diagnostycznych

Should postprandial lipemia evaluation become a standard in the management of patients with dyslipidemia? Commentary to the position of Polish experts: Postprandial lipemia: a clinical problem and potential place in cardiovascular risk estimation



Beata Wożakowska-Kapłon 

I Klinika Kardiologii i Elektroterapii Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Zaburzenia lipidowe są głównym elementem sprawczym rozwoju blaszki miażdżycowej i czynnikiem ryzyka epizodów sercowo-naczyniowych. O ile jednak nie podlegają dyskusji wyniki rejestrów populacyjnych i badań klinicznych, wyznaczające zarówno liniową zależność między stężeniem cholesterolu frakcji lipoprotein o małej gęstości (LDL-C, *low-density lipoprotein cholesterol*) a zachorowaniem na chorobę miażdżycową tętnic oraz ograniczeniem ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych w przypadku skutecznej kontroli stężenia LDL-C, o tyle związek zawałów serca i udarów mózgu z hipertriglicydemią i korzyści z jej

ograniczenia nie są tak jednoznaczne. Oznaczenie stężenia triglicerydów (TG, *triglycerides*) w celu oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, ustalenia rozpoznania oraz wyboru leczenia ma I klasę zaleceń z poziomem wiarygodności danych C [1]. W I klasie zaleceń znalazło się również obliczanie stężenia niecholesterolu frakcji lipoprotein o dużej gęstości (nie HDL-C, *non-high-density lipoprotein cholesterol*), zwłaszcza u osób z wysokim stężeniem TG oraz, po raz pierwszy w wytycznych dotyczących dyslipidemii w 2019 roku, oznaczanie stężenia apolipoproteiny B (ApoB) jako parametru alternatywnego w stosunku do stężenia nie-HDL-C. Oznaczanie stężenia ApoB w celu oceny ryzyka jest rekomendowane u pacjentów z wysokim stężeniem TG, cukrzycą, otyłością, zespołem metabolicznym oraz bardzo niskim stężeniem LDL-C w ramach badań przesiewowych oraz w celu diagnozy i leczenia, przed oznaczeniem nie-HDL-C. Zarówno w odniesieniu do stężenia nie-HDL-C, ukazującego całkowitą liczbę aterogennych cząstek w osoczu, jak i w odniesieniu do ApoB autorzy aktualnych wytycznych wyznaczają precyzyjnie cele terapii dla różnych kategorii ryzyka sercowo-naczyniowego [1]. Problem pojawia się dopiero przy definiowaniu hipertriglicydemii i wyznaczeniu celów jej terapii. Czy hipertriglicydemią jest stężenie TG powyżej 150 mg/dl, czy też powyżej 200 mg/dl? Czy terapię hipertriglicydemii powinno się rozpocząć wtedy, gdy stężenie TG przekracza 499 mg/dl, 885 mg/dl, czy może 1000 mg/dl? I czy celem terapii hipertriglicydemii powinna być prewencja ostrego zapalenia trzustki czy może obniżenie sercowo-naczyniowego? W przedstawionym dokumencie polscy eksperci odnoszą się do tych zagadnień w sposób wyczerpujący i precyzyjny, wskazując również nowe możliwości diagnostyczne oceny lipemii poposiłkowej odzwierciedlającej indywidualny stan metaboliczny lepiej niż profil na czczo [2]. Ten element oceny może być szczególnie przydatny w szerokiej populacji chorych na cukrzycę, z zespołem metabolicznym, przewlekłą chorobą nerek, niealkoholową tłuszczeniową chorobą wątroby czy u osób otyłych. Analogicznie do oceny reakcji na obciążenie glukozą w teście tolerancji glukozy (OGTT, *oral glucose tolerance test*), hipertriglicydemia poposiłkowa oceniana za pomocą doustnego testu tolerancji tłuszczów (OFTT, *oral fat tolerance test*) umożliwi precyzyjną ocenę rezydualnego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego na podłożu miażdżycy. Interwencja farmakologiczna celowana w wybranych grupach z nieprawidłowym wynikiem OFTT, obok obowiązkowej modyfikacji stylu życia, daje szansę na obniżenie ryzyka resztkowego u chorych, u których już osiągnięto docelowe stężenie LDL-C. U kogo autorzy dokumentu zalecają przeprowadzenie OFTT? Są to grupy pacjentów z rozpoznaniem współistniejących chorób metabolicznych i stężeniem TG **nie na czczo w zakresie 115–200 mg/dl** (1,3–2,3 mmol/l) lub stężeniem TG **na czczo w granicach 89–175 mg/dl**. U chorych, u których stężenie TG nie na czczo przekracza 200 mg/dl (> 2,3 mmol), rozpoznana jest hipertriglicydemia i nie wymagają OFTT. Zważywszy na to, że problem nadwagi i otyłości dotyczy w Polsce 62% mężczyzn i 47% kobiet, a wśród osób powyżej 55. roku życia – 78% mężczyzn i 75% kobiet, a częstość występowania zaburzeń metabolizmu glukozy oraz cukrzycy występuje u 27% mężczyzn i 19% kobiet [3–5], OFTT może być znakomitym testem przesiewowym służącym wykrywaniu zaburzeń metabolizmu lipidów i wytypowaniu osób szczególnie podatnych na rozwój wcześniejszych zmian miażdżycowych i ich powikłań. W niedalekiej przyszłości poposiłkowa ocena profilu lipidowego prawdopodobnie znajdzie

miejsce w algorytmach diagnostycznych szerokiej populacji pacjentów, ale już teraz stanowi cenną opcję poszerzenia indywidualnej oceny profilu lipidowego u osób z grup zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Piśmiennictwo

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2018; 39(2): 119–177, doi: [10.1093/eurheartj/ehx393](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393), indexed in Pubmed: [28886621](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886621/).
2. Skoczyńska A, Wawrzynowicz-Syczewska M, Barlik-Rysa M, et al. Lipemia poposiłkowa – problem kliniczny i potencjalne miejsce w algorytmach diagnostycznych. Stanowisko polskich ekspertów. *Folia Cardiol.* 2020; 15(Suppl A): A1–A17, doi: [10.5603/FC.2020.0001](https://doi.org/10.5603/FC.2020.0001).
3. Poznańska A, Rabczenko D, Wojtyniak B. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. In: Wojtyniak B, Goryński P. ed. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016.
4. Stepaniak U, Micek A, Waśkiewicz A, et al. Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013-2014) and comparison with the WOBASZ study (2003-2005). *Pol Arch Med Wewn.* 2016; 126(9): 662–671, doi: [10.20452/pamw.3499](https://doi.org/10.20452/pamw.3499), indexed in Pubmed: [27535012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27535012/).
5. Rutkowski M, Bandosz P, Czupryniak L, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Poland – the NATPOL 2011 Study. *Diabet Med.* 2014; 31(12): 1568–1571, doi: [10.1111/dme.12542](https://doi.org/10.1111/dme.12542), indexed in Pubmed: [24975751](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24975751/).