proLékaře.cz | 5.11.2026

# ESC Congres 2019

## Doplácejí pacienti s hypercholesterolemií na netečnost lékařů?

J. Kulhavý
*redakce Terapie*

Provokativní název, který jsme použili jako titulek tohoto článku, zvolil pro svou přednášku, jež byla součástí sympozia podpořeného společností Amgen, prof. José Ramón Gonzales-Juanatey z Complejo Hospitalario Universitario de Santiago ve Španělsku.

*„Důkazy hovoří jasně – v sekundární prevenci se od příchodu betablokátorů do klinické praxe v 70. letech minulého století přes používání kyseliny acetylsalicylové, inhibitorů ACE, statinů, nových perorálních antikoagulancií a protidestičkové terapie až po inhibitory PCSK9 podařilo snížit mortalitu našich pacientů z více než 10 % na méně než 2 % ročně,"* zdůraznil fakt, že optimální snížení kardiovaskulárního (KV) rizika vyžaduje management více rizikových faktorů současně – snižování koncentrace lipidů, glykemie i hodnot krevního tlaku společně s protidestičkovou léčbou a také kardiorehabilitací.

**Tab. 1. Zásadní novinky v managementu dyslipidemií. Zdroj: prezentace F. Mach, ESC 2019.**

| |
|---|
| Studie prokázaly, že snížení relativního KV rizika je přímo úměrné absolutnímu snížení LDL-c. |
| Princip „čím níže, tím lépe" je potvrzen – účinné a bezpečné jsou i hodnoty LDL-c < 1 mmol/l. |
| Intenzita snižování LDL-c má být založena na riziku bez ohledu na příčiny tohoto rizika (tzn. i bez ohledu na to, zda se jedná o primární nebo sekundární prevenci). |
| V primární i sekundární prevenci pro vysoce rizikové pacienty (s KV onemocněním aterosklerotického původu, diabetiky s postižením cílového orgánu, osoby s FH a KV onemocněním nebo jiným závažným rizikovým faktorem a pacienty s pokročilým selháním ledvin) je nově cílem LDL-c < 1,4 mmol/l a zároveň snížení o > 50 % oproti výchozímu stavu. |
| U osob s KV onemocněním a druhou cévní příhodou během posledních 2 let se má zvážit cílový LDL-c dokonce < 1,0 mmol/l. |
| Pro pacienty ve vysokém KV riziku se doporučuje dosáhnout LDL-c < 1,8 mmol/l a snížení o > 50 % oproti výchozí hodnotě. |
| Osoby se středním KV rizikem by měly dosahovat LDL-c < 2,6 mmol/l. |
| U osob s nízkým KV rizikem se může zvažovat LDL-c < 3 mmol/l. |
| Hlavním prostředkem hypolipidemické léčby zůstávají statiny, které se mají podávat v maximální tolerované dávce. Ve druhé linii je do kombinace se statinem přidáván ezetimib. |
| Skutečná statinová intolerance je považována za vzácnou, svalové obtíže lze překonat změnou statinu nebo snížením dávky a přidáním ezetimibu. |
| Inhibitory PCSK9: |
| – jsou doporučeny u osob s velmi vysokým rizikem, u nichž se nedaří dosáhnout cíle kombinací statinu s ezetimibem, |
| – v primární prevenci u pacientů s velmi vysokým rizikem, ale bez FH, je možno zvážit jejich přidání do kombinace se statinem, není-li dosaženo cíle s maximálně tolerovanou dávkou statinu s ezetimibem, |
| – v sekundární prevenci u pacientů s velmi vysokým rizikem je možno zvážit jejich přidání do kombinace se statinem, není-li dosaženo cíle s maximálně tolerovanou dávkou statinu s ezetimibem, |
| – totéž platí pro pacienty s FH ve vysokém riziku (s KV onemocněním aterosklerotického původu nebo s jiným významným rizikovým faktorem). |
| Doporučení pro hypolipidemickou terapii u nemocných s akutním koronárním syndromem: |
| – není-li kontraindikace nebo intolerance v anamnéze, zahájit podávání (nebo pokračovat v podávání) vysokých dávek statinu, co nejdříve je možné (bez ohledu na výchozí hodnotu LDL-c), |
| – pokud není dosaženo během 4–6 týdnů snížení o min. 50 % a LDL-c < 1,4 mmol/l, přidat ezetimib, |
| – pokud není výše uvedených cílů dosaženo ani po dalších 4–6 týdnech, přidat inhibitor PCSK9, |
| – u pacientů s recentním AKS, jejichž LDL-c není v cílových hodnotách navzdory předchozí maximálně tolerované dávce statinu s ezetimibem, by mělo být zváženo přidání inhibitoru PCSK9 co nejdříve po akutní příhodě, pokud možno ještě v průběhu hospitalizace pro AKS. |

KV – kardiovaskulární; LDL-c – LDL cholesterol; FH – familiární hypercholestrolemie; AKS – akutní koronární syndrom

proLékaře.cz | 5.11.2026



*„Hypolipidemická léčba je nepochybně základem úspěchu. Z metaanalýzy velkých statinových studií je známo, že každé snížení koncentrace LDL cholesterolu (LDL-c) o 1 mmol/l znamená 23% snížení míry relativního rizika velkých KV příhod,"* uvedl prof. Gonzales-Juanatey. V průběhu letošního kongresu ESC prezentoval data o tom, že zatímco nekontrolovaná hypertenze zvyšuje riziko rekurence akutního koronárního syndromu o 1,4 % a nedostatečně kompenzovaný diabetes mellitus o 1,6 %, vysoký LDL-c dané riziko zvyšuje nepoměrně více, a to o 13,8 %. *„To znamená, že každému sedmému případu rekurentního AKS by šlo zabránit dostatečně intenzivní hypolipidemickou léčbou. Když to ale všechno víme, proč se nám to nedaří přenést do každodenní praxe?"* zamyslel se prof. Gonzales-Juanatey.

Odkázal se např. na data z mezinárodního registru APTOR (The Antiplatelet Therapy Observational Registry), podle kterých jen 43 % pacientů dostává v sekundární KV prevenci optimální léčbu. Rovněž výsledky posledních dvou mezinárodních preventivních studií EUROASPIRE IV (2015) a EUROASPIRE V (2018) neukazují v dosahování cílových hodnot LDL-c žádný výrazný posun. LDL-c ≥ 100 mg/dl (2,6 mmol/l) mělo 43 % (2015), resp. 36 % (2018) sledovaných osob a LDL-c ≥ 70 mg/dl (1,8 mmol/l) 82 %, resp. 71 %. A to navzdory faktu, že statinovou léčbu užívalo 85 %, resp. 86 %.

Za hlavní příčiny suboptimálních výsledků v praxi prof. Gonzales-Juanatey označil nedostatečnou compliance (lékařů i pacientů) k hypolipidemické léčbě, nedostatečnou účinnost této léčby (cca 80 % pacientů s familiární hypercholesterolemií (FH) a cca 20 % s extrémním/velmi vysokým rizikem nedosahuje cíle navzdory hypolipidemické léčbě v maximálních dávkách), snižování nastavených cílů v průběhu léčby a horší toleranci dostupné léčby (7–15 % uživatelů statinů uvádí nežádoucí svalové účinky). Někde efektivní terapie zcela chybí (remnantní cholesterol).

## Zakotvení inhibitorů PCSK9 v reálné klinické praxi

*„Pragmatická, nákladově efektivní strategie užití inhibitorů PCSK9 je založena na principu ‚nejvyšší riziko = největší benefit'. Jak ale identifikovat pacienty s nejvyšším rizikem rekurence KV onemocnění aterosklerotického původu?"* vyslovil řečnickou otázku prof. Gonzales-Juanatey a odkázal na publikaci J. G. Robinsona et al. (Reviews in Cardiovascular Medicine 2018) přinášející první nástin možné „fenotypizace" nemocných.

**Extrémní riziko** (10leté riziko KV onemocnění aterosklerotického původu > 40 %) představuje:
- manifestní KV onemocnění plus familiární FH anebo onemocnění periferních cév anebo rekurentní KV příhoda anebo komorbidity plus CRP > 3 mg/l,
- onemocnění více tepen.

**Velmi vysoké riziko** (10leté riziko aterosklerotického KV onemocnění 30–39 %) představuje:
- manifestní KV onemocnění + diabetes mellitus (bez polyvaskulárního onemocnění) anebo chronické onemocnění ledvin,
- akutní koronární syndrom,
- manifestní KV onemocnění nebo FH plus nedostatečně kontrolované rizikové faktory.

**Vysoké riziko** (10leté riziko aterosklerotického KV onemocnění 20–29 %) představuje:
- manifestní KV onemocnění při dobře kontrolovaných rizikových faktorech,
- primární prevence FH s dobře kontrolovanými rizikovými faktory.

Navzdory středně až vysoce intenzivní léčbě statiny **v kategorii extrémně/vysoce rizikových pacientů zůstává jejich 10leté riziko vysoké:**
- až 38 % při manifestním KV onemocnění aterosklerotického původu + diabetu,
- až 35 % při manifestním KV onemocnění aterosklerotického původu + chronickém onemocnění ledvin,
- až 32 % při recentním akutním koronárním syndromu (< 3 měsíce),
- až 55 % při onemocnění koronárních tepen + nemoci více tepen,
- až 31 % při cévní mozkové příhodě/tranzitorní ischemické atace + mužském pohlaví,
- až 41 % při onemocnění koronárních tepen + FH,
- až 41 % při onemocnění koronárních tepen + špatné kontrole rizikových faktorů.

Závěrem prof. Gonzales-Juanatey zdůraznil, že **benefit ze snižování LDL-c v sekundární prevenci je:**
- nezávislý na prostředcích, jimiž jej bylo dosaženo,
- závislý na riziku, tzn. je přímo úměrný absolutnímu poklesu LDL-c a je závislý i na absolutním riziku rekurentní KV příhody (ve studii FOURIER z podávání evolokumabu profitovali nejvíce ti nejrizikovější pacienti s akutním infarktem myokardu, resp. po předchozích infarktech a s onemocněním více tepen, navíc u nich byla léčba dobře snášena),
- časově závislý (při pokračujícím snižování se benefit dále zvyšuje).

To na základě důkazů zakotvila ESC i ve svých doporučeních pro léčbu infarktu myokardu s ST elevacemi v podobě dvou kroků:
1. Zahájit u pacienta s infarktem myokardu vysoce intenzivní statinovou léčbu co nejdříve je možné a udržet ji co nejdelší možnou dobu.
2. U nemocných, u kterých navzdory maximálním tolerovaným dávkám statinu zůstává LDL-c > 70 mg/dl (1,8 mmol/l), zvážit další terapii (inhibitory PCSK9).

## Níže = lépe. Ale ještě níže = ještě lépe!

V průběhu kongresu ESC spatřila světlo světa nová společná doporučení Evropské kardiologické společnosti a Evropské společnosti pro aterosklerózu (ESC/EAS) pro management dyslipidemií. Všechny zásadní novinky ve své přednášce shrnul (tab. 1) prof. François Mach z Hôpitaux Universitaires Genève ve Švýcarsku.

*Jan Kulhavý*
*jan.kulhavy@ambitmedia.cz*