

Seppo Lehto ja Timo Strandberg

Dyslipidemian hoitosuositus 2025 – näyttöön perustuva päivitys riskien hallintaan

Euroopan kardiologisen seuran (ESC) ja ateroskleroosiyhdistyksen (EAS) dyslipidemiasuositus on päivitetty, koska vuoden 2019 jälkeen on kertynyt uutta, käytäntöä muuttavaa tutkimustietoa (1). Kohdennetun päivityksen tavoitteena on tehostaa primaari- ja sekundaaripreventiota. Hoitopäätökset perustuvat aiempaa tarkempaan sydän- ja verisuonitautien riskinarvioon, ja hoidon intensiivisyyden valintaa korostetaan riskin mukaan.

Vuoden 2019 suosituksessa riskinarvioon käytettiin SCORE-järjestelmää, kun arvioidailla henkilöillä ei ollut diagnosoitua sydän- ja verisuonitautia. Nyt arviointiin suositellaan SCORE2- ja iäkkäiden arviointiin SCORE2-OP-järjestelmiä (2,3). Näiden hyvin validoitujen, vakiintuneet valtimotautien riskitekijät sisältävien työkalujen avulla voidaan tarkemmin arvioida riskiä sairastua kymmenen vuoden kuluessa fataaliin tai ei-fataliin ateroskleroottiseen valtimotautiin.

Edellä mainittujen vakiintuneet riskitekijät sisältävien riskilaskureiden lisäksi päätöksenteossa huomioidaan myös riskiin vaikuttavia tekijöitä kuten krooninen immuunisairaus, plasman lipoproteiini (a):n (Lp(a)) suurentunut pitoisuus (yli 105 mmol/l) tai herkän CRP:n suurentunut pitoisuus (yli 2 mg/l) (4). Terveellä henkilöllä tietokonetomografiassa havaittu sepelvaltimokalkin määrä (CAC score) on myös huomioitu suurentuneen riskin osoittimena. Paradoksaalisesti statiinihoidon aikana kalkkiutumisen voi kuitenkin merkitä valtimoplakkien stabiloitumista ja olla siis suotuisa tai tilanteen parantumista kuvaava merkki.

Primaaripreventiossa suositellaan nyt vahvasti dyslipidemialääkityksen aloittamista suuren riskin potilaille, joiden plasman LDL-

kolesterolipitoisuus on vähintään 2,6 mmol/l ja erittäin suuren riskin potilaille, joiden pitoisuus on vähintään 1,8 mmol/l. Suosituksessa kuitenkin muistutetaan, että kun kyseessä on krooninen tila, kymmenen vuoden perspektiivi on etenkin nuorten kannalta lyhyt, ja käyttöön toivotaan paremmin koko elämänaikaista riskiä kuvaavia riskilaskureita.

Lp(a):n mittaamista kaikilta aikuisilta kerran elämässä suositellaan, sillä selvästi suurentunut Lp(a)-pitoisuus lisää itsenäisesti valtimotautiriskiä (5,6). Suurentunut pitoisuus tukee intensiivistä hoitolinjaa sekä primaari- että sekundaaripreventiossa. Vaikka riski on jo alun perin suurentunut sekundaaripreventiossa, suuri Lp(a)-pitoisuus tekee riskin vielä tavallista suuremmaksi. Lisäriskitekijän toteaminen voi motivoida potilasta hoidon tehostamiseen tai kustannuksiltaan suuremman hoidon aloittamiseen. Nykyisin käytettävissä olevat lääkkeet tehoavat Lp(a):han huonosti, joten Lp(a)-pitoisuuden seurannasta ei ole hyötyä. Käynnissä olevien päätetapahtumatutkimusten ensimmäisiä tuloksia odotetaan vuonna 2026 (7).

Suosituksessa painotetaan varhaista ja systemaattista lipidilääkkeiden yhdistelmähoidon käyttöä, jos vaste statiinihoidolle ei ole riittävä. Statiinin rinnalle suositellaan aiempaa herkemmin etsetimibiä, bempedoiinihappoa tai PCSK9:n estäjiä (8,9). Potilaille, jotka eivät voi käyttää statiinia, suositellaan ensisijaisesti bempedoiinihappoa. Vaikka lääke on jo saatavissa, sillä ei tätä kirjoitettaessa vielä ole Kela-korvausta.

Statiinit ovat suurentuneen triglyseridipitoisuuden ensisijainen hoito. Suuren riskin potilaille, joiden plasman triglyseridipitoisuus on statiinihoidosta huolimatta 1,5–5,6 mmol/l,

voidaan harkita statiinin rinnalle ikosapenttietyyliä, joka on määräehdoin Kelan korvaama. Muita omega-3-valmisteita ei näytön puuttumisen vuoksi suositella. Volanesorseenia harkitaan harvinaisissa geneettisissä tapauksissa (triglyseridipitoisuus yli 8,5 mmol/l) vähentämään haimatulehduksen riskiä.

Akuutin sepelvaltimotautikohtauksen yhteydessä dyslipidemialääkitys on syytä aloittaa tehokkaasti jo sairaalassa, sillä varhainen hoito vähentää paremmin uusintatapahtumia (10,11). Statiinien käyttöä painotetaan potilasryhmissä, joiden valtimotautiriski on osoittautunut aiempaa arviota suuremmaksi – esimerkiksi HIV-potilaat ja solunsalpaaja antrasykliinien käyttävät (12,13).

LDL-kolesterolipitoisuus heijastaa hyvin aterogeenistä kuormaa, eivätkä siihen perustuvat hoitotavoitteet ole muuttuneet vuoden 2019 ohjeisiin verrattuna. Äärimmäisen suuren riskin potilaiden (esimerkiksi toistuvat sydäntapahtumat) LDL-kolesterolipitoisuuden tavoitearvo on alle 1,0 mmol/l. Siihen pyritään ensisijaisesti tehokkaalla statiinihoidolla, tarvittaessa yhdistelmähoidolla – tämäkin on linjassa vuoden 2019 ohjeiden kanssa. Suurin haaste on edelleen hoitoon sitoutumisessa: moni potilas ei saavuta tavoitteita riittävän nopeasti tai intensiivisesti taikka jopa lopettaa hoidon kokonaan (7).

Uutta suosituksessa on myös se, että ravintolisien ja vitamiinien käyttö LDL-kolesterolipitoisuuden pienentämiseksi torjutaan selvästi, mikä tuo kaivattua selkeyttä potilasviestintään (14). Vuoden 2019 ESC/EAS-suositus piti stanoleja ja steroleja mahdollisena ravitsemuksellisenä keinona LDL-pitoisuuden lievään pienentämiseen (15). Niitä ei kuitenkaan nostettu lääkehoitojen rinnalle, eikä vuoden 2025 päivitys muuta tätä. Suoraa tutkimusnäyttöä niiden hyödyistä kardiovaskulaaristen päätetapahtumien vähentämisessä ei toistaiseksi ole.

Punariisiä ei suositella dyslipidemian hoitoon. Punariisin vaikuttava aine on monakoliini K, jonka rakenne, farmakologinen vaikutus ja haitat ovat samat kuin lovastatiinin. Euroopan komission asetuksen (1.6.2022) mukaan monakoliinin päiväannos punariisivalmisteissa ei saa olla yli 3 mg (16). Pakkauksessa tulee lisäksi olla selkeät varoitukset. Punariisiravintolisät, erityisesti verkosta ostetut, ovat laadultaan ja turvallisuudeltaan epäluotettavia: monakoliinipitoisuudet vaihtelevat, EU:n asettamia rajoja ylitetään ja kontaminaatio-riskejä esiintyy (17). Jos käytetään statiinia, on turvallinen lääkevalmiste suositeltavampi kuin ravintolisä.

Kokonaisuutena päivitys on askel kohti vaikuttavampaa preventiota, jossa hoito voidaan kohdentaa täsmällisemmin ja tehokkaammin sekä aloittaa aiemmin. Päivityksen sanoma huomioidaan soveltuvin osin myös Dyslipidemian Käypä hoito -suosituksessa, jonka päivitys on tätä kirjoitettaessa käynnissä. ■



SEPPO LEHTO, LT, emeritusprofessori, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri
Lapin hyvinvointialue ja Oulun yliopisto



TIMO STRANDBERG, LKT, emeritusprofessori
Helsingin ja Oulun yliopistot
HUS, sisätaudit ja kuntoutus

SIDONNAISUUDET

Seppo Lehto: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Amgen, Sanofi, Novo, Pfizer, Bayer), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Amgen), luottamustoimet (SKS preventiojoaksen jäsen, ESC asiantuntijana), hankkeet (Pohjois-Savon Sote (PoSoTe))

Timo Strandberg: Apuraha (Amgen, MSD, Novartis, Sankyo), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Orion, Nutricia, Valio, GSK, Duodecim, Lääkärilehti), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Novo Nordisk), luottamustoimet (IAGG-ER; VTKL, puheenjohtaja; Luustoliitto, puheenjohtaja), hankkeet (Käypä hoito -ryhmät)

KIRJALLISUUTTA

1. Mach F, Koskinas KC, Roeters Van Lennep JE, ym. 2025 Focused update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2025;46:4359–78.
2. Hageman S, Pennells L, Ojeda F, ym. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J* 2021;42:2439–54.
3. De Vries TI, Cooney MT, Selmer RM, ym. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J* 2021;42:2455–67.
4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, ym. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227–337.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, ym. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020;41:111–88.
6. Kronenberg F, Mora S, Stroes ESG, ym. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. *Eur Heart J* 2022;43:3925–46.
7. Strandberg TE, Kovanen PT, Lloyd-Jones DM, ym. Drugs for dyslipidaemia: the legacy effect of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 2024;404:2462–75.
8. Ray KK, Bays HE, Catapano AL, ym. Safety and efficacy of bempedoic acid to reduce LDL cholesterol. *N Engl J Med* 2019;380:1022–32.
9. Nissen SE, Lincoff AM, Brennan D, ym. Bempedoic acid and cardiovascular outcomes in statin-intolerant patients. *N Engl J Med* 2023;388:1353–64.
10. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, ym. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023;44:3720–826.
11. Rossello X, Bueno H, Pocock SJ, ym. Predictors of all-cause mortality and ischemic events within and beyond 1 year after an acute coronary syndrome: results from the EPICOR registry. *Clin Cardiol* 2019;42:111–9.
12. Grinspoon SK, Fitch KV, Zanni MV, ym. Pitavastatin to prevent cardiovascular disease in HIV infection. *N Engl J Med* 2023;389:687–99.
13. Felix N, Nogueira PC, Silva IM, ym. Cardio-protective effects of statins in patients undergoing anthracycline-based chemotherapy: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Int Med* 2024;126:43–8.
14. Laffin LJ, Bruemmer D, Garcia M, ym. Comparative effects of low-dose rosuvastatin, placebo, and dietary supplements on lipids and inflammatory biomarkers. *J Am Coll Cardiol* 2023;81:1–12.
15. Demonty I, Ras RT, Van Der Knaap HCM, ym. Continuous dose-response relationship of the LDL-cholesterol-lowering effect of phytosterol intake. *J Nutr* 2009;139:271–84.
16. Commission Regulation (EU) 2022/860 of 1 June 2022 amending Annex III to Regulation (EC) No 1925/2006 of the European Parliament and of the Council as regards monacolins from red yeast rice. *EUR-Lex*.
17. Vanhee C, Jacobs B, Canfyn M, ym. Quality control and safety assessment of online-purchased food supplements containing red yeast rice (RYR). *Foods* 2024;13:1919.