

Ingezonden

Introductie van apolipoproteïne-A-I- en -B-bepalingen op het klinisch-chemisch laboratorium: wat weerhoudt ons?

Dit Tijdschrift bevat een bijdrage van collega's Cobbaert, Stroes en Baadenhuijsen over de stand van zaken met betrekking tot de invoering van apolipoproteïne-(apo)-A-1- en -B-bepalingen in Nederlandse klinisch-chemische laboratoria. Dankzij de inspanningen van de SKML-sectie Lipiden kan men in Nederland reeds beschikken over "alle noodzakelijke ingrediënten voor een succesvolle, brede implementatie van de apo-A-1- en apo-B-bepalingen". Uit de informatie die wij uit dit artikel krijgen, is de interlaboratorium-CV weliswaar nog iets groter dan de biologische variatie, maar we weten allen dat een goed begin het halve werk is. Het lijkt dan ook een kwestie van tijd dat ook dit bezwaar kan worden ondervangen, zoals dat ook voor vele andere onder auspiciën van de SKML gecontroleerde methoden is geschied. In dat geval worden de apo-A-1- en apo-B-bepalingen extra aantrekkelijk voor brede toepassing.

De dagelijkse praktijk maakt echter duidelijk, dat daarvoor weer een nieuwe CBO-consensus moet komen. Op dit moment wordt immers unaniem de door het CBO geadviseerde gewogen risicoschatting uitgevoerd met een centrale rol daarbij voor de index totaal cholesterol/HDL-cholesterol (1). Bovengenoemde auteurs doen in het eerste deel van hun artikel een poging om vanuit de literatuur in een afweging van methodes de waarde van de apo-A-1- en apo-B-bepaling te benadrukken. Eerdere bijdragen in dit kader zijn te vinden in dit Tijdschrift (2, 3). Grootschalige studies zijn in dit geval echter veelzeggender. Een nog te publiceren onderzoek, met een belangrijke bijdrage uit ons land, zou hier binnenkort meer en definitief licht op werpen. Terzelfder tijd verschijnt er in JAMA echter een studie bij 15.600 vrouwen waarbij alle populaire parameters zijn vergeleken (4). Het bleek hierbij dat de risicoschatting op basis van non-HDL-cholesterol (= totaal cholesterol minus HDL-cholesterol) of de 'CBO index' totaal cholesterol/HDL-cholesterol even goed of zelfs beter was dan die verkregen via de index apo B/A-1. De verschillen zijn echter klein en groepsafhankelijk, maar het pleidooi van Cobbaert et al. wordt zeker ondersteund. In de hoogste risicogroep (quintiel 5) blijkt apo B een heel hoge prognostische waarde te hebben. De hoge prognostische waarde van enkel apo B zal in studies waar ook mannen inbegrepen zijn nog duidelijker uitkomen. Net als apo B kunnen ook non-HDL-cholesterol of totaal cholesterol/HDL-cholesterol in niet nuchtere toestand bepaald worden.

In al deze overwegingen betreffende de prognostische

waarde van parameters is geen plaats voor de plasmatriglyceridenbepaling. Dit is ten gevolge van het feit dat deze nuchter bepaald moeten worden en vanwege de relatief hoge intra-individuele biologische variatie. Dit betekent niet dat deze parameter uit het routinepakket of bij de differentiële diagnose geschrapt moet worden (zie ook het artikel van Boer en Koeze in het vorige nummer). Plasmatriglyceriden zijn wel degelijk een risicofactor voor atherosclerose zoals dit heel duidelijk naar voren komt uit de PROCAM-studie (3). Vanwege de grote biologische variatie is deze parameter echter niet goed bruikbaar. Een hoog risico ten gevolge van hypertriglyceridemie uit zich in een laag HDL-cholesterolgehalte en hoge concentratie cholesterolarme zogenaamde 'dense' LDL-partikels welke extra atherogeen zijn ten gevolge van hun vergrote oxidatiegevoeligheid (3). Uit nadere analyse van de studie van Ridker et al. (4) blijkt dat de extra bijdrage van apo A-1 gering is. Zoals wij reeds eerder stelden is apo B op zichzelf reeds een volwaardige parameter welke ook de impact van een laag HDL-cholesterol en een hoger triglyceridengehalte omvat (2). Met de apo-B-bepaling is er dus mijns inziens een parameter bijgekomen met een hoge prognostische waarde voor cardiovasculaire ziekte. Deze bepaling zal wellicht uitverkoren worden bij epidemiologische sceeningstudies en bij het volgen van een cholesterolverlagende therapie met statines. Dit kan kosten aan andere lipiden- en lipoproteïenmetingen besparen. Het bericht van de SKML-sectie Lipiden zal een nieuwe consensusbespreking naderbij halen.

Literatuur

1. Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de plasmacholesterolconcentratie. Consensus cholesterol tweede herziening. Utrecht: CBO, 1998. <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen>.
2. Demacker PNM, Veerkamp MJ, Graaf J de, Bredie SJH, Swinkels DW, Stalenhoef AFH. Extra zwaar LDL en apo B als alternatief voor de lipidenstatus van patiënten met een verhoogd risico op hart-en vaatziekten. Ned Tijdschr Klin Chemie 2000; 25: 44-49.
3. Demacker PNM. Over de risicoberekening op hartinfarct. Ned Tijdschr Klin Chemie 2003; 28: 166-168.
4. Ridker PM, Rifai N, Cook NR, Bradwin G, Buring JE. Non-HDL cholesterol, apolipoproteins A-1 and B-100, standard lipid measures, lipid ratios, and CRP as risk factors for cardiovascular disease in women. JAMA 2005; 294: 326-333.

Nijmegen, dr. P.N.M. Demacker