

Lemak dan Penyakit Kardiovaskular: Adakah lemak yang “baik”?

Otte J Rachman

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko terjadinya aterosklerosis. **Obesitas abdominalis atau obesitas sentral** secara lebih spesifik merupakan faktor risiko yang bila disertai resistensi insulin merupakan gambaran utama dari sindroma metabolik.^{1, 2} Pada keadaan ini perubahan yang terjadi adalah akibat disfungsi adiposit yang menyebabkan kondisi inflamasi menahun. Disfungsi adiposit memberikan gambaran adanya disfungsi adipokin yaitu suatu sitokin yang diproduksi oleh adiposit. Pada keadaan disfungsi, adiposit mensekresi adipokin berlebihan yang bersifat aterogenik, proinflamasi dan prodiabetik. Di lain pihak terjadi penurunan sekresi adiponektin yang merupakan sitokin anti inflamasi.

Lukito³ dalam tesisnya memperlihatkan adanya korelasi positif antara disfungsi adiposit dengan kalsifikasi arteri koroner pada penderita obesitas sentral non diabetik. Kalsifikasi arteri koroner memberikan petunjuk terjadinya deposit kalsium pada dinding arteri koroner dan dianggap sebagai suatu proses aktif dari aterosklerosis yang mempunyai nilai prognostik.⁴ Akan tetapi dalam kenyataannya terdapat juga penderita-penderita obesitas sentral yang tidak mempunyai hubungan nyata dengan kalsifikasi arteri koroner. Disini lah tulisan Lukito dkk⁵ mengenai hubungan lingkaran leher (*neck circumference*) pada penderita obesitas den-

gan resistensi insulin menjadi menarik. Kelihatannya lingkaran leher merupakan representasi dari obesitas yang ada hubungannya dengan kalsifikasi dari arteri koroner yang merupakan petanda dari aterosklerosis terutama pada penderita dengan resistensi insulin.

Pada kohort dari penelitian Framingham⁶ ditemukan bahwa hubungan lingkaran leher dengan faktor-faktor risiko kardiovaskular amat bermakna juga setelah disesuaikan dengan lemak visceral dan indeks massa tubuh. Di lain pihak lingkaran leher juga merupakan salah satu faktor risiko dari terjadinya *sleep apnoe* yang dapat menaikkan insiden penyakit kardiovaskular dan sebaliknya penyakit kardiovaskular dapat memperburuk perangsang *sleep apnoe*.⁷

Yang menjadi pertanyaan adalah bagaimana para klinisi dapat mengadaptasi berbagai parameter untuk menilai obesitas. Sejauh ini kita memakai parameter indeks massa tubuh sebagai parameter obesitas sesuai dengan WHO. Tetapi kita menyadari bahwa etnisitas merupakan suatu faktor yang dapat mempengaruhi indeks massa tubuh sehingga mempersulit mendapatkan parameter normalitas yang baku hingga daerah Asia Pasifik mengusulkan kriteria yang lebih rendah sebagai titik potong normalitas indeks massa tubuh berdasar data-data dari Jepang, Korea, HongKong dan India. Kita menyadari sebagaimana populasi di daerah Asia Pasifik lainnya merupakan penduduk yang mengkonsumsi lebih banyak karbohidrat, kandungan lemak visceral lebih tinggi meskipun indeks massa tubuh masih rendah. Hal ini menyebabkan terjadinya sindrome metabolik lebih tinggi dan kematian karena penyakit kardiovaskular meningkat.

Alamat Korespondensi:

dr. Otte J Rachman, SpJP(K). Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI, dan Pusat Jantung Nasional Harapan Kita, Jakarta. E-mail: jretto@yahoo.com

Pada Nurses Health Study, **lingkar perut** merupakan parameter yang paling bermakna dan tidak tergantung pada indeks massa tubuh pada wanita.⁸ Sedangkan Physician's Health Study dan Women Health Study yang dianalisis oleh Gelber dkk⁹ menyimpulkan dari data yang lebih besar dan masa observasi yang lebih lama bahwa semua parameter obesitas yaitu indeks massa tubuh, lingkar perut, *waist to hip ratio*, dan *waist to height ratio*) mempunyai hubungan satu dengan lainnya dan dengan kejadian kardiovaskular. Dalam hal inilah lingkar leher dapat menjadi parameter tambahan untuk dipakai. Upaya-upaya ini tidak menafikan bahwa tidak ada konsep 'lemak yang baik', semua sel lemak merupakan bahaya yang harus dihindari.

Sebagian besar penelitian-penelitian mengenai obesitas berasal dari subjek **kaukasian yang secara etnisitas dan sosiologis berbeda** dan ini harus merangsang penelitian-penelitian mengenai obesitas dan penyakit kardiovaskuler yang lebih banyak di negara kita.

Daftar Pustaka

1. Klein S, Allison DB, Heymsfield SB, Kelley DR, Leibel RL, Nonas C, Kahn R. Waist circumference and cardiometabolic risk: A consensus statement from Shaping America's Health Association for Weight Management and Obesity Prevention, NAASO, The Obesity Society, the American Society for Nutrition, and the American Diabetes Association. *Am J Clin Nutr.* 2007; 85:1197-202.
2. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Central Obesity and risk of cardiovascular disease in the Asia-pacific Region. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2006;15:287-92.
3. Lukito AA. The mechanism of coronary calcification in central obesity non diabetic men. **Thesis. Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin, Makassar.** 2012.
4. Wexler L, Brunsage B, Crouse J, Detrano R, Fuster V, Maddahi J, et al. Coronary Artery Calcification: Pathophysiology, Epidemiology, Imaging Methods and Clinical Implications. *Circulation* 1996;94:1175-1192.
5. Lukito AA. Neck Circumference Correlates to Coronary Calcification Better than BMI and Waist Circumference in Insulin Resistance Obese Subjects. *J Kardiol Indones.* 2011;32:65-72
6. Preis SR, Massaro JM, Hoffmann UD, Agostino RB Sr, Levy D, Robins SJ, et al. Neck circumference as a novel measure of cardiometabolic risk: the Framingham Heart Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95:3701-19.
7. Chami HA, Resnick HE, Quan SF, Gottlieb DJ. Association of incident cardiovascular disease with progression of sleep-disordered breathing. *Circulation.* 2011;123:1280-6.
8. Manson JR, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med.* 1995;333:877-86.
9. Gelber RP, Gaziano MJ, Orav EJ, Manson JE, Buring JE, Kurth T. Measures of obesity and cardiovascular risk among men and women. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52:605-15.