

# Nya rekommendationer om hjärt-kärlprevention med läkemedel

## Läkemedelsverket förordar riskskattning inför val av behandling



**KERSTIN CLAESSION**, docent, Läkemedelsverket, Uppsala



**THOMAS KAHAN**, professor, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm



**PETER M NILSSON**, professor, överläkare, klinisk forskningsenhet, internmedicinska kliniken; institutionen för kliniska vetenskaper, Skånes universitetssjukhus, Malmö  
Peter.Nilsson@med.lu.se

Mortaliteten i hjärtinfarkt har minskat under de senaste 30 åren till följd av medicinska framsteg och förbättrad livsstil hos befolkningen, bl a minskad rökning. Trots att Sverige numera betraktas som ett lågriskland [1], spelar hjärt-kärlsjukdomarna fortsatt en stor och betydelsefull roll i vårt land på grund av en åldrande befolkning [1]. Det finns därför ett stort behov av att uppdatera gällande riktlinjer för behandling av kardiovaskulära riskfaktorer som hypertoni, hyperlipidemi, rökning och glukosmetabola rubbningar/diabetes.

### E-publiceras den 24 juni

Läkemedelsverket utkommer nu med nya, uppdaterade rekommendationer för att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel (tidigare rekommendationer utkom 2006). De nya rekommendationerna baseras på ett expertmöte i november 2013 och efterföljande arbete av en mångsidigt sammansatt arbetsgrupp. Dokumentet publiceras elektroniskt den 24 juni 2014 och i tryckt version under hösten (www.lakemedelsverket.se/aterosklerotisk\_hjart-karlsjukdom).

Dessa nya rekommendationer syftar främst till att redovisa dagens kunskap om riskskattning och läkemedels plats i terapin. Behandlingsstrategierna bygger på erbjudande om behandling med läke-

medel för individer utan tidigare kända kardiovaskulära sjukdomsmanifestationer men med hög eller mycket hög risk – det som ofta kallats primärprevention. Baserat på europeiska riskalgoritmer [1] anses det numera i stället ofta mer ändamålsenligt att tala om olika grader av risk: låg, medelhög, hög eller mycket hög risk.

Samhällsåtgärder och livsstilsåtgärder är av fortsatt stor betydelse. För livsstilsåtgärder hänvisas till aktuella dokument från SBU och Socialstyrelsen samt till Nordiska näringsrekommendationer 2013. Socialstyrelsen kommer inom ett år att lägga fram uppdaterade nationella riktlinjer för sekundärprevention av hjärt-kärlsjukdom. Redan under juni 2014 publiceras uppdaterade nationella riktlinjer för medicinsk behandling av diabetes och tillhörande riskfaktorkontroll.

### Nyheter om riskskattning

För en grundläggande riskskattning rekommenderas även försättningsvis den i Europa allmänt rekommenderade riskalgoritmen SCORE [1], som i år fått en uppdaterad svensk version.

För patienter med diabetes (både typ 1 och typ 2) rekommenderas i stället svenska riskalgoritmer från Nationella diabetesregistret (www.ndr.nu/risk), som ger bättre riskskattning för dessa patienter.

Vid hypertoni är en mer noggrann kartläggning av organpåverkan betydelsefull för terapival och uppföljning.

Här rekommenderas en mer detaljerad riskalgoritm som utgår från europeiska förebilder [2]. Även skattad njurfunktion (via bestämning av eGFR) ingår numera i riskskattningen.

### Lipid- och fetmabehandling

Individer med hög eller mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdom bör vanligtvis erbjudas behandling med lipidsänkande läkemedel, som en del av riskreducerande åtgärder. I primärprevention för individer med hög kardiovaskulär risk och LDL-kolesterol <4,9 mmol/l kan statiner i en standardiserad ordinär dos



Illustration: Colourbox

Läkemedel bör erbjudas som primärprevention av hjärt-kärlsjukdom – det vill säga till personer som inte tidigare haft någon kardiovaskulär sjukdomsmanifestation men som vid riskskattning visar sig ha hög eller mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdom.

rekommenderas.

För patienter med mycket hög risk och för patienter med LDL-kolesterol >4,9 mmol/l bör statinbehandlingen vara mera aktiv och individualiseras. För patienter med mycket hög risk är det ofta motiverat att eftersträva en mer intensiv statinbehandling. Vid intensiv statinbehandling ska risken för biverkningar i förhållande till förväntad behandlingstvinst värderas.

Försiktighet bör iaktas hos patienter med riskfaktorer för statinbiverkningar.

Önskvärda LDL-kolesterolnivåer ska ses mer som riktmärken än som absoluta behandlingsmål. Önskvärd nivå vid mycket hög risk är 1,8 mmol/l, alternativt 50 procents reduktion av LDL-kolesterol, och vid hög risk 2,5 mmol/l.

### ■ SAMMANFATTAT

Den svenska versionen av riskskattning-algoritmen SCORE rekommenderas för personer utan känd hjärt-kärlsjukdom. Vid diabetes rekommenderas Nationella diabetesregistrets algoritmer.

**Lipidsänkande behandling** med statiner bör erbjudas personer med hög risk. Vid mycket hög risk är mer intensiv behandling ofta motiverad.

**Blodtrycksmål vid hypertoni** behandling är <140/90 mm Hg, lägre vid diabetes (<140/85 mm Hg) eller makroalbuminuri (<130/80 mm Hg). Tidig kombinationsbehandling rekommenderas.

**Trombocythämmande läkemedel** rekommenderas inte i primärprevention, inte heller vid diabetes.

Kombinationsbehandling rekommenderas endast till speciella patientgrupper, t ex patienter med familjära hyperlipidemiformer.

Orlistat är i dag det enda tillgängliga läkemedlet med indikationen vikttnedgång. Orlistat rekommenderas inte för kardiovaskulär prevention, eftersom belägg för minskning av kardiovaskulära händelser saknas.

### Behandling av hypertoni

För förbättrad diagnostik och riskbedömning bör 24-timmars ambulatorisk blodtrycksmätning och hembloodtrycksmätning användas oftare. Förstahandsval vid hypertoni är angiotensin-konverteras (ACE)-hämmare eller angiotensin-receptorblockerare, diuretika av tia-zidtyp och kalciumantagonister av dihydropyridintyp.

Kombinationsbehandling med flera läkemedelsklasser bör initieras tidigare och användas oftare för att bättre nå målbloodtryck.

Som regel är målbloodtrycket <140/90 mm Hg. Mikroalbuminuri och vänsterkammarpåverkan är riskmarkörer och exempel på organpåverkan som kan motivera mer intensiv behandling. Vid diabetes rekommenderas målbloodtrycket <140/85 mm Hg, och vid nefropati med eller utan diabetes med makroalbuminuri rekommenderas <130/80 mm Hg.

Uppföljning bör ske minst årligen.

### Trombocythämmare och rökstopp

Det finns inte stöd för att använda acetylsalicylsyra eller andra trombocythämmare i primärprevention för att förebygga kardiovaskulär sjukdom, inte heller vid diabetes.

Rökstopp är viktigt och bör på alla sätt understödjas. Stödåtgärder i kombination med läkemedel (nikotinsubstitution, bupropion och vareniklin) rekommenderas.

### Etik och metodik – även med patienten

De nya uppdaterade svenska rekommendationerna om läkemedel för kardiovaskulär prevention spelar en stor roll för det förebyggande arbetet i vårt land. Samtidigt bör den intresserade kunna finna en övervägande samsyn med motsvarande internationella aktuella dokument som har publicerats av europeiska [1-3], brittiska [4] och amerikanska [5] vetenskapliga organisationer. Mindre skillnader kan dock förekomma avseende riskskattning, målvärden och val av läkemedel.

Det preventiva arbetet mot kardiovaskulär sjukdom på individnivå bygger på ett samarbete mellan olika vårdnivåer, där basen finns i primärvårdens breda kontaktytor mot befolkningen. Då

måste även etik och metodik i den förebyggande behandlingen diskuteras med patienten; erbjudande om behandling måste kunna ges och tas emot på ett väl balanserat sätt, baserat på en pedagogisk kommunikation om hur behandlingen avvägs gentemot risk, nytta och biverkningar. Här blir nyckelorden samsyn samt evidensbaserad och kostnadseffektiv behandling.

Individens biologiska ålder bör spela större roll än den kronologiska i synen på preventiva insatser. Hos äldre och svaga patienter bör den preventiva behandlingen kritiskt övervägas och ibland sättas ut vid kort återstående förväntad livslängd.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Thomas Kahan deltar i kliniska prövningar med stöd till Karolinska institutet från Celladon, Medtronic, Pfizer och Servier. Peter M Nilsson har deltagit i utbildningsaktiviteter i regi av läkemedelsföretag verksamma inom kardiovaskulär medicin samt i kliniska prövningar. Peter M Nilsson har även deltagit med expertsynpunkter i referensgrupper för Pfizer och MSD (lipidsänkare) samt AstraZeneca/BristolMyers Squibb, Boehringer-Ingelheim, MSD och Novartis (antidiabetesläkemedel). Dessutom har han anlitats av Läkemedelsverket, SBU samt TLV för expertuppdrag.*

### REFERENSER

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*. 2012;33:1635-701.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31:1281-357.
3. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2013;34:3035-87.
4. JBS3 Board. Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease (JBS3). *Heart*. 2014;100(Suppl 2):ii1-ii67.
5. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. Epub 12 nov 2013.