

Högt kolesterolvärde diskrimineras i nya behandlingsrekommendationer

Läkemedelsverket utgav nyligen nya behandlingsrekommendationer för hyperlipidemi [1]. Den nya versionen bygger mycket på de europeiska riktlinjer som antogs 1998 [2]. Dessa tar fasta på den absoluta risken att insjukna i kranskärlssjukdom. Man väger in bidraget till risken av flera oberoende faktorer: totalkolesterol, systoliskt blodtryck, rökning, ålder och kön (Figur 1).

En absolut risk för att insjukna som är större än 20 procent under den följande 10-årsperioden, eller är större än 20 procent fram till 60 års ålder, anses som en rimlig och hälsoekonomiskt försvarbar ambitionsnivå för aktiva preventiva åtgärder omfattande både livsstilspåverkan och läkemedel [2]. Som sådana är de nya rekommendationerna ett stort steg framåt.

Det är också lovvärt att man förenklat åtgärdsvärde och målvärde för kolesterol och LDL-kolesterol till 5 respektive 3 mmol/l. Det är viktigt att läkaren har logiska och enkla regler för sitt handlande.

Tveksamt om analysindikation

Man blir emellertid förvånad och betänksam när det gäller Läkemedelsverkets rekommendationer angående när lipider skall mätas. För detta fordras enligt Läkemedelsverket en »biljett» i form av manifest kranskärlssjukdom eller övriga tillstånd med hög sådan risk: typ 2-diabetes, rökning, hypertoni, bukfetma samt kronisk njursjukdom. Biljett får man också om man kan uppvisa uttalat högt kolesterolvärde (över 8 mmol/l) eller hjärt-kärlsjukdom hos nära släkting före 65 års ålder.

Lipidbehandling vid manifest kär-

lidsjukdom är inte kontroversiell i dag, varför jag lämnar denna därhän. Svårigheterna kommer när det gäller beslut om behandling i primär prevention.

Primär prevention

Säg att vi accepterar 20 procents absolut risk som åtgärdsgräns upp till 60 års ålder i primär prevention. Utifrån de europeiska riktlinjernas riskskalor kan man lätt se vilka kombinationer av riskfaktorer som skulle motivera behandling. Exempelvis finner vi att en 30-årig icke rökande man med 180 mm Hg i systoliskt blodtryck och 4 mmol/l i kolesterol löper 10–20 procents risk att drabbas av hjärtinfarkt vid 60 års ålder. En sådan riskkombination skulle sålunda inte motivera aktiva åtgärder för att förhindra kranskärlssjukdom.

En lika gammal icke rökande man med systoliskt blodtryck 140 och kolesterol 7 mmol/l löper 20–40 procents risk att få hjärtinfarkt, dvs han kvalificerar sig för aktiva preventiva medicinska åtgärder. Men kolesterolanalys utförs på honom bara om han har biljett.

Riskerar missa stora grupper

De nya rekommendationerna med den begränsade indikationen för lipidanalys innebär att man med stor sannolikhet missar stora grupper med normalt blodtryck och som inte röker men ändå kommer upp i 20-procentsrisken på grund av ett för högt kolesterolvärde. För att få sina lipider analyserade enligt Läkemedelsverkets riktlinjer måste denne man alltså ha bukfetma, vara njursjuk eller ha en nära släkting som uppvisar högt kolesterol eller hjärtsjukdom före 65 års ålder.

Ingen analys har gjorts av hur många högriskindivider som missas på grund av dessa villkor. Risken är stor att många högriskindivider missas på grund av en för slapp policy för lipidanalys.

Nu ges blodtrycksänkande medel förstås också för att förebygga annan organsjukdom än hjärtinfarkt så sannolikheten är stor att vår 30-åring med systoliskt blodtryck på 180 mm Hg fått behandling trots att detta inte är motiverat från kranskärlssynpunkt. Men kvantitativt är ändå hjärtinfarktsjukdomen

” Så som Läkemedelsverkets rekommendationer för behandling av hyperlipidemi ser ut i dag blir de som når behandlingsmotiverad kranskärlsrisk på grund av enbart hyperkolesterolemi negativt diskriminerade.”

väsentligt större. Det är därför bestickande hur styvmoderligt ett högt kolesterolvärde bedöms i Läkemedelsverkets riktlinjer.

Ett högt kolesterolvärde är idag behandlingsbart på ett enkelt sätt, i första hand och kvantitativt viktigast, med livsstilsåtgärder. I andra hand står till vårt förfogande läkemedel, som är mycket effektiva och har få biverkningar. Vi har evidensbaserade data i primär prevention som visar att läkemedelsbehandling minskar kranskärlssjukdom och död både vid förhöjda kolesterolvärden, från WOSCOPS-studien [3], och vid normala kolesterolvärden, från AFCAPS/TexCAPS-studien [4].

Tradition av tidig upptäckt

I Sverige har vi en lång medicinsk tradition att tidigt fånga upp individer med risk för framtida sjukdomskomplikationer. När syfilis och tuberkulos utgjorde hot mot folkhälsan bestämdes alltid Wassermanns reaktion och sänkingsreaktion på patienter som lades in på sjukhus. Av samma skäl bör i dag alltid blodtryck, lipidstatus och rökvanor – de tre stora, kausala riskfaktorerna – klarläggas, om de tidigare inte är kända,

Författare

ANDERS G OLSSON

professor, institutionen för medicin och vård, GE-kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.

när en person kommer i kontakt med sjukvården. Detta för att bedöma individens framtida risk för att insjukna i den sjukdom som alltjämt skördar de flesta livet i vårt land.

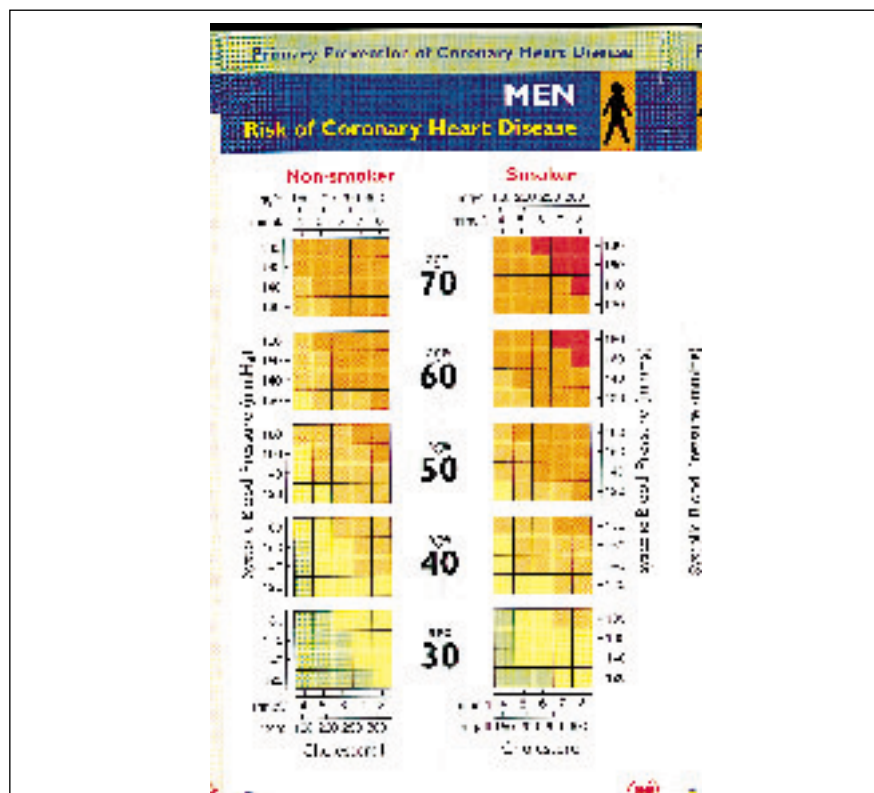
Risikfaktorerna ska vara kända

Tillvägagångssättet benämns opportunistisk screening och torde vara den mest kostnadseffektiva metoden att hitta högriskindivider för hjärt-kärlsjukdom. Ett delmål för en effektiv bekämpning av vår vanligaste dödsorsak måste vara att de tre stora riskfaktorerna ska vara kända hos alla vuxna. Så som Läkemedelsverkets rekommendationer för behandling av hyperlipidemi ser ut i dag blir de som når behandlingssmoterad kranskärlsrisik på grund av enbart hyperkolesterolemi negativt diskriminerade.

De amerikanska rekommendationerna »National Cholesterol Education Program Adult treatment panel II» rekommenderar lipidanalys vart femte år som ett minimum [5]. Läkemedelsverkets ståndpunkt i den viktiga frågan om när lipidanalys ska utföras framstår mot denna bakgrund som undfallande och passiv. Det är en sorts strutsstrategi, som innebär att man avhänder sig möjligheten att effektivt förebygga denna viktiga sjukdom hos en del av befolkningen. Jag efterlyser en mer proaktiv hållning från myndigheternas sida för att komma tillräcka med vår befolknings största sjukdom och viktigaste dödsorsak.

Referenser

1. Expertgrupp. Behandling av hyperlipidemi – Rekommendationer. Information från Läkemedelsverket 1999, nr 7:15-21.
2. Wood D, Backer Gd, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the second joint task force of European and other societies on coronary prevention. Eur Heart J 1998; 19: 1434-503.
3. Shepherd J, Cobbe S, Ford I, Isles C, Lorimer A, Macfarlane P et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. New Engl J Med 1995; 333: 1301-7.
4. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women. JAMA 1998; 279: 1615-22.
5. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults. Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. JAMA 1993; 269: 3015-23.



Figur 1. Översikt över kranskärlsrisik, enligt de europeiska riktlinjerna. För att bedöma den absoluta risken för kranskärlssjukdom i primär prevention ska individer med hög multifaktorisk risk identifieras. Om absolut risk är >20 procent inom 10 år eller om risken överstiger 20 procent upp till 60 års ålder anses behandlingsindikation föreligga.

Användning av risköversikten: 1. För att bedöma en individs absoluta 10-årsrisk för kranskärlssjukdom går man till tillämplig översikt (här endast exemplifierat med män). Gå till den panel som överensstämmer med personens ålder och rökstatus. 2. Hitta den cell i panelen, som stämmer med individens blodtryck och kolesterol. 3. Jämför cellens färg med nyckeln och avläs risknivån. 4. Effekten av livstidsexposition till riskfaktorerna kan ses genom att följa tabellen uppåt. 5. En särskild risköversikt finns för patienter med diabetes. 6. Risken är högre än visat i översikten vid familjär hyperlipidemi, släkthistoria med tidig kranskärlssjukdom, HDL kolesterol <1,0 mmol/l, triglycerider >2,0 mmol/l och när personen närmar sig nästa ålderskategori.

Läkemedelsverket svarar:

Allmän screening inte kostnadseffektiv

Tack för synpunkterna på rekommendationerna om behandling av hyperlipidemi publicerade i Information från Läkemedelsverket 99:7. Jag vill inledningsvis understryka att workshoprekommendationer utarbetas av expertgrupper bestående av framträdande norska och svenska specialister.

Tyvärr hade Anders G Olsson inte möjlighet att medverka vid den senaste workshoppen om behandling av hyperlipidemi i februari 1999. Läkemedelsverket ser sin roll snarast som en samordnare vid utarbetandet av behandlingsrekommendationer.

Skälet till varför generell screening inte rekommenderades var att det är högst tveksamt om sådan är kostnadseffektiv. Eftersom massmedia rapporterade om en screening som pågick samtidigt med workshoppen ansåg deltagarna det tvärtom mycket angeläget att avråda från sådan.

Inför mötet gjordes sökningar i ett flertal databaser och vi har sökt på nytt efter studier som påvisar kostnadseffektivitet. Det visar sig att de studier som hittats talar för motsatsen.

Björn Beermann
generaldirektör,
Läkemedelsverket, Uppsala