

Hypertoni, läkarheder och TV

Det som känns tråkigt och besvärande är att »Uppdrag granskning« den 11 november inte lät fler röster komma till tals. Sanningen är ju att ALLHAT-studien, liksom alla stora interventionsstudier, har sina för- och nackdelar, vilka sakligt och kritiskt måste analyseras ur ett svenskt perspektiv, skriver Peter M Nilsson, som också tar den svenske hypertoniforskaren Björn Dahlöf i försvar och konstaterar att utvecklingen inom den kardiovaskulära forskningen inte kan stanna upp utan måste gå vidare.

PETER M NILSSON
docent, universitetslektor, avdelningen
för medicin, Universitetssjukhuset
MAS, Malmö
Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se

II Den största patientgruppen i Sverige idag är den drygt 1 miljon stora gruppen av personer med riskfaktorn hypertoni, som ibland kompliceras av följtillstånd som manifest hjärtkärlsjukdom och njurpåverkan. Det är naturligt att denna stora grupp tas upp till journalistisk granskning vad det gäller kvaliteten i vården samt kommersiella och vetenskapliga aspekter. Så skedde också i TV-programmet »Uppdrag granskning« i SVT1 den 11 november.

Man lade fokus framför allt på ALLHAT-studien och lät dess vetenskaplige ledare, svenskanerikaren Curt Furberg, få komma till tals och berätta om fynden med stöd av några svenska läkare. På den kritiska sidan återfanns bara en läkare, docent Björn Dahlöf, Göteborg, som i programmet framställdes som ensam representant för en grupp hypertonspecialister som kritiserat ALLHAT-studien och den övertolkning som skett av denna.

Fler röster

Det som känns tråkigt och besvärande är att TV-programmet inte lät fler röster komma till tals i denna för svenska patienter så viktiga fråga. Sanningen är ju att ALLHAT-studien, liksom alla stora interventionsstudier, har sina för- och nackdelar, vilka sakligt och kritiskt måste analyseras ur ett svenskt perspektiv [1].

Den viktigaste lärdomen från ALLHAT är att samtliga ingående läkemedelsalternativ utföll lika i primär effektvariabel, men med smärre skillnader i sekundära utfallsvariabler eller i delkomponenter av sekundära utfallsvariabler (hjärtsvikt). För de senare kan även diagnostiska svårigheter göra sitt till för

att bilden skall bli svårtolkad, t ex förekomst av ankelsvullnad av oklar genes.

Detta huvudbudskap stämmer även väl överens med vad den senaste och största metaanalysen på hypertoniområdet kommit fram till, publicerad i Lancet den 8 november [2]. Man anser i denna studie helt enkelt att de fem stora klasserna av hypertoni-läkemedel (diuretika, betareceptorblockerare, ACE-hämmare, angiotensin-2-receptorblockerare, calciumentagonister) är kliniskt väsentligen likvärdiga och att det är blodtrycks-sänkningen i sig själv som är avgörande för effekterna [2].

En välrenommerad forskare

När det gäller Björn Dahlöf (BD) så är detta en erfaren forskare som både kan och bör tala för sig själv. Man bör dock framhålla, i motsats till den negativa bild som »Uppdrag granskning« gav, att han är en internationellt välrenommerad svensk hypertoniforskare, som medverkat i ett flertal stora studier, varav den största är ASCOT som beräknas bli klar om något år [3]. Utan att vi har några projekt eller studier ihop anser jag att BD genom sitt engagemang för klinisk hypertoniforskning verksamt bidrar till utvecklingen inom detta viktiga fält.

Jag har tidigare försökt att i Läkartidningen kritiskt granska såväl ALLHAT [1] som den av BD ledda LIFE-studien [4]. Mitt intryck är att alla forskare har en tendens att se sina egna data i positiv dager; just därför behövs extern granskning. En mer systematisk sådan förväntas inom ramen för en utredning av SBU 2004.

Utvecklingen måste gå vidare

Slutligen: Utvecklingen måste fortsätta inom klinisk kardiovaskulär forskning; den kan bara röra sig framåt – ej bakåt – varför nya behandlingsprinciper måste välkomnas för att testas i kontrollerade studier. Ibland leder detta till framsteg, ibland till bakslag, men ofta till ett utfall

i form av likhet i effekt mellan nya och gamla terapier, nu senast illustrerat av effektivitet mellan valsartan och kaptopril i hjärtsviktsstudien VALIANT [5].

Att hävda att utvecklingen skall stanna upp och att man enbart skall förlita sig på äldre läkemedel är kunskapsfientligt, bakåttävande och påminner om de s k »maskinförstörarna« på 1840-talet, som inte ville se ny teknik introduceras.

Ökade möjligheter med fler alternativ

Vi behöver förvisso få en ökad användning av moderna lågdosdiuretika inom hypertoni-vården för patienter över 55 år, men inte ett återinförande av högdosdiuretika av typ klortalidon (ALLHAT) med sina kända negativa effekter på risk för gikt och impotens hos medelålders patienter [6], samt okända långtidsrisker av inducerad hyperglykemi på tex mikrovaskulära komplikationer. Samtidigt bör vi kunna vara tacksamma för att vi idag har ett flertal hypertoni-läkemedel att välja mellan för en kombinationsbehandling i låga till måttliga doser för bäst klinisk effekt.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Nilsson PM. ALLHAT – världens största behandlingsstudie för hypertoni. Stärker tiaziddiuretikas betydelse hos patienter över 55 år. Läkartidningen 2003;100:400-7.
2. Blood Pressure Lowering Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. Lancet 2003;362:1527-35.
3. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al. Rationale, design, methods and baseline demography of participants of the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. ASCOT investigators. J Hypertens 2001;19:1139-47.
4. Nilsson PM, Kahan T. Resultat från LIFE-studien: Lovande effekter av en ny klass hypertoni-läkemedel. Läkartidningen 2003; 100:1792-4.
5. Pfeffer MA, McMurray JJ, Velazquez EJ, Rouleau JL, Köber L, Maggioni AP, et al. Valsartan, captopril, or both in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both. N Engl J Med 2003;349:1893-906.
6. Grimm RH Jr, Grandits GA, Prineas RJ, McDonald RH, Lewis CE, Flack JM, et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). Hypertension 1997;29 (1Pt1):8-14.