

## For og ...

# Individuelle forebyggende tiltak mot hjerte- og karsykdommer – en oppgave for fastlegen?

Hvert annet dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer. Disse tilstander ledsages av mye lidelse. Forut for dette pågår en mangeårig, stum, mikroskopisk sykdomsprosess i åreveggen. Vi kan identifisere pasienter med stor risiko samt påvise og påvirke viktige sykdomsfremmende faktorer før alvorlig manifest sykdom oppstår. Et menneskeliv strekker seg langt utover varigheten av tidsbegrensede studier som kun måler alvorlig, makroskopisk kardiovaskulær sykdom og død. Individuelle forebyggende tiltak mot hjerte- og karsykdommer påvirker uheldig mikroskopisk patofysiologi med konsekvenser for resten av pasientens liv. Slike tiltak vil derfor trolig være nyttig for langt flere enn studier viser og fremstå som viktig fastlegearbeid.

Hjerte- og karsykdommer forekommer meget hyppig og er årsak til død for mer enn annethvert menneske i den vestlige verden (1). Fastlegen møter daglig pasienter med vesentlig forringet livskvalitet som følge av koronarsykdom, hjertesvikt, demens og gjennomgått hjerneslag. Enda sterkere er møtene med dem som har mistet sine nærmeste i altfor ung alder i akutt hjer-teinfarkt, hjerneslag eller sprukken hoved-pulsåre.

Disse symptomgivende, makroskopisk synlige sykdommer er følger av livslang mikroskopisk sykdomsutvikling i åreveggen (2). Vi kjenner viktige risikofaktorer og vet at intervensjon kan redusere hyppighet av prematur død og sykkelighet. Nødvendig prioritering av dem med høyest risiko, samarbeid med pasienten, krav til dokumentasjon av tiltak samt allmennpraktikerens nøkkelføle i dette arbeid understrekes (3).

### Er det galt, det vi gjør?

På denne bakgrunn er det derfor forunderlig at det fortsatt skapes usikkerhet om nytten av fastlegens arbeid for å forebygge sykdomsutviklingen i åreveggene.

Det er en selvfølge at vi prioriterer pasienter med manifest, kronisk sykdom og lidelse. Vi må ha tid og rom til samtale og oppfølging av våre kreftpasienter, demente, psykisk syke, disse gruppers pårørende og andre med spesielle behov.

Pasientens, fellesskapets og vår egen tid og ressurser skal heller ikke kastes bort på hyppige, overfladiske og dårlige konsultasjoner. Derimot vil godt legearbeid, inkludert skikkelig kartlegging av blodtrykk (4), gi oss grunnlag for å vurdere sannsynligheten for åreveggsykdom hos den enkelte, graden av denne og hvilke forebyggende tiltak nettopp denne pasient kan nyttiggjøre seg.

Basert på denne prosessen gjennom noen få konsultasjoner, kan en informert og motivert pasient selv ta stilling til tiltak, noe som dermed forhåpentligvis medfører god etterlevelse. Etter dette vil det for de fleste pasienter uten komplikasjoner være tilstrekkelig med en årlig kontroll. Dette arbeid skal dermed ikke fortrenge de nevnte selv-følgelige og høyt prioriterte fastlegeopp-gaver.

### Frisk, syk, risikant – nyttige begreper?

Et argument mot preventiv kardiologi har vært at vi gjør friske til pasienter eller risikanter, med medfølgende mulig medikalisering.

Er en ung, velregulert diabetiker syk, en overvektig, røykende 40 år gammel mann frisk, en basehopper en risikant? Svaret har muligens akademisk interesse, men i vårt møte med det enkelte individ kan det virke avsporende. Kunnskap om sykdomsutvikling og ikke valg av ord bør styre våre tiltak.

I de tilfeller hvor det synes å være liten sykdomsaktivitet i åreveggen, skal pasienten selvfølgelig ikke tilbys medikamenter. Veiledning, stimulering og ros i forhold til gunstige ikke-farmakologiske tiltak er da riktig «medisin». Finner vi imidlertid etter grundig utredning en person med ugunstig total risikoprofil (5), vet vi at det med stor grad av sannsynlighet pågår betydningsfulle patofysiologiske prosesser i åreveggene (2). For meg virker det da uetisk å unnlate tilbud om tiltak, inkludert medikamenter som kan bremse videre utvikling mot alvorlige hendelser (2, 6, 7).

### Antall som må behandles – effekt hos de få, eller?

Et annet argument mot preventiv kardiologi har vært marginal effekt av tiltak. Number needed to treat (NNT) – hvor mange man må behandle for å hindre en uønsket hendelse i en avgrenset tidsperiode – har vært fremstilt som det tunge kunnskaps-baserte argument mot intervensjon, spesielt når det gjelder medikamentell behandling. Det angis at et høyt antall pasienter må behandles for hver pasient som vil ha nytte av tiltaket.

Bruk av en slik beregning for å fastslå gevinst er ikke uproblematisk (8). De studier som ligger til grunn for beregning av NNT er begrenset til noen få år av delta-kernes liv. Kommer pasienten gjennom undersøkelsesperioden uten alvorlig kardiovaskulær hendelse, vil behandlingen angis som bortkastet, og trekke antallet i været.

Vi vet imidlertid at en pasient med ugunstig kardiovaskulær risikoprofil, har sykdoms-aktivitet i åreveggen. Den livslange utvikling mot et infarkt, slag eller prematur død fortsetter dermed så vel under som etter studiens 3–5 år, hvis det ikke intervenseres mot risikofaktorene.

Det er hevdet at man ikke vil få samme gode effekt av intervensjon i hverdags-praksis som i godt gjennomførte studier. Benyttes moderne, dokumentert, forebyggende hjerte- og karmedisin er denne påstand tvilsom. Tvert imot er det mulig at den gledelige reduksjon av hjer-teinfarkt hos yngre de senere år nettopp i vesentlig grad kan tilskrives slik intervensjon (9).

### Konsekvenser for fastlegen

Av de 1 200 på min fastliste vil 600 før eller senere rammes av kardiovaskulær sykdom eller død (1). En del av disse vil raskt og smertefritt avslutte et godt liv i høy alder på denne måte. Mange andre vil imidlertid tape gode år som følge av prematur sykdom eller død.

Legger vi til grunn hele pasientens liv og ikke kun en periode på 3–5 år, vil dermed annenhver pasient kunne profitere på fastlegens interesse for forebyggende tiltak mot hjerte- og karsykdommer (1). NNT blir dermed, for dette formål, to.

Vi skal fortsatt kritisk vurdere nytte og nødvendighet av behandlingstiltak, inkludert medikamenter og være på vakt mot tvilsom markedsføring. Imidlertid må vi ikke bli så kritiske at vi fratar pasienter nyttig behandling og dermed mulighet til å forebygge alvorlig hjerte- og karsykdom.

#### Audun Dyrdal

audun.dyrdal@samfunnsmed.uio.no  
Legekontoret U2  
Postboks 137 Bøler  
0620 Oslo

#### Litteratur

1. The World Health Report 2001. Genève: WHO, 2001.
2. Luscher TF. Vascular protection: current possibilities and future perspectives. *Int J Clin Pract Suppl* 2001; 117: 3–6.
3. Holmen J, Hetlevik I, Krüger Ø. Legemidler ved symptomfrie risikotilstander – dokumentasjonskravene bør skjerpes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3972–4.
4. Dyrdal A, Lindbæk M. Diagnostikk av hypertensjon i allmennpraksis – er kontorblodtrykk tilstrekkelig. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 147–51.
5. Fretheim A, Bjørndal A, Dyrdal A, Golding M, Ose L, Reivam Å et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer – hvem bør behandles? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2277–81.
6. Schmidt-Ott KM, Kagiya S, Phillips MI. The multiple actions of angiotensin II in atherosclerosis. *Regul Pept* 2000; 93: 65–77.
7. Lefer AM, Scalia R, Lefer DJ. Vascular effects of HMG CoA-reductase inhibitors (statins) unrelated to cholesterol lowering: new concepts for cardiovascular disease. *Cardiovasc Res* 2001; 49: 281–7.
8. Kristiansen IS. Problematiske mål for effekt. *Dagens Medisin* 22.4.2002.
9. Reikvam Å. En ny «epidemi» med hjerteinfarkt – faktisk eller fiksjon? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 991.

## ... imot

# Individuell forebygging i allmennpraksis

Individuell forebygging på legekontoret har i dag høy prioritet, spesielt forebygging av hjerte- og karsykdommer. Omfanget bør reduseres for å sikre god allmennlegetjeneste til de hjertesyke og andre syke og for å forhindre at de friske blir unødig sykeliggjort.

Hjerte- og karsykdommer er tredje hyppigste konsultasjonsårsak i allmennpraksis, etter sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og luftveier. Ukomplisert hypertensjon er hyppigst og utgjør en tredel (1). Diabetes type 2 og dyslipidemier kommer i tillegg. Risikantene (2) har høy gjennomsnittsalder, mer enn halvparten er over 70 år (3).

Antall hjerte- og karrisikanter øker når risikodefinisjon «flyttes inn i normalbefolkningen» både for hypertensjon (4) diabetes (5) og dyslipidemi (6). Omkring en million nordmenn trenger oppfølging hvis grensen for blodtrykk skal være 140/90 mm Hg (7). En like stor gruppe har kolesterolverdier over 6,5 mmol/l (6). Mange i dag oppfatter også denne grensen som høy, de har lest at under 5 mmol/l er best (8).

Aldersuavhengig risikodefinisjon gjør svært mange eldre til risikanter; de er statistisk sett nærmere sykdom og død. Mer enn 70 % av dem over 70 år har blodtrykk over 140/90 mm Hg (7). Tilsvarende gjør gjeldende definisjon av osteoporose en like stor andel av eldre kvinner til risikanter – for brudd (9). Det kan hevdes at mange allerede er syke, de har mikroskopiske forandringer i blodårer eller andre organer. Gitt en slik sykdomsdefinisjon vil andel friske reduseres når undersøkelsesmetodene utvikles (10).

Fastlegen skal utføre risikovurdering og sette sammen informasjon om arv, livsstil, risikofaktorer og organskade, basert på kunnskap fra epidemiologiske studier. Komplikasjonen, men ikke nødvendigvis prediksjonsevnen, øker etter hvert som flere faktorer inkluderes (3, 7).

### Å redusere risiko

Fastlegen kan anbefale livsstilsendring og tilby forebyggende medikamenter. Effekt på sykkelighet er for liten til å observeres i egen praksis, nytten av tiltakene må baseres på forskning (11). Kliniske studier viser om en

terapi kan være prognoseforbedrende (efficacy) (11). I slike studier vil åtte av 200 eldre spares for sykdom etter fem år med antihypertensiv behandling (4). Hos middelaldrende reduseres dette til tre (4). Det innebærer at 197 personer behandles i fem år uten helsegevinst, de kan ha bivirkninger. Tilsvarende vil statinbehandling av middelaldrende menn med høy risiko medføre at to spares for hjerteinfarkt og en får utsatt sin død hvis 200 behandles i fem år (12). Medikamentene koster 850 000 kroner hvis ett tilfelle av hjerte- og karsykdom skal forebygges med statin og 45 000 kroner hvis tiazid anvendes (13). Årlige utgifter til lipidsenkende medisiner har passert 1 milliard kroner per år, fra 114 millioner i 1994 (6).

Fastlegen skal gjenskape effektene fra kliniske studier i sin praksis (effectiveness). Kliniske studier skiller seg fra hverdagspraksis ved at studiene har selekterte leger og pasienter, økt tidsbruk, ekstra økonomisk kompensasjon, høy monitorering og kort varighet. Å vurdere risikonivå, gjennomføre intervensjon med livsstilsråd og medikamenter, undersøke effekt på risikofaktorer og overvåke bivirkninger er like tidkrevende enten pasienten har 10 % risiko for hjerte- og karsykdom de neste ti år eller 40 %. Terapieffekten er likevel størst ved høy risiko. Dette er av betydning både for individet og for samfunnet. Fastlegen skal starte med livsstilsintervensjon, men erfarer ofte at pasientene har kunnskapen fra før, uten at de nødvendigvis klarer å endre sin levemåte. Legen tilpasser seg dette ved ikke å gjenta uvirksomme anbefalinger (3). Effekt av individuell livsstilsintervensjon i allmennpraksis er usikker (14). Slik erfaring innbyr til bruk av medikamenter. Anbefaling av lave målverdier forsterker dette (4). Om medikamentell forebygging har effekt i en befolkning må undersøkes i epidemiologiske studier. Det gjøres få slike, sammenliknet med antall kliniske studier, og det kan være tvil om effekt (15).

Det er fristende å tro at observert reduksjon av hjerte- og karsykdom skyldes individuell forebygging, men æren kan være ufortjent. Bl.a. startet reduksjonen av antall hjerne- slag før individuell forebygging. Dødelighet av hjerte- og karsykdom ble også betydelig redusert under krigen. En konsekvens kan likevel være at fastlegen bør prioritere andre helseproblemer uten samme positive utvikling.