

Bruk av lipidsenkende medikamenter i eksplosiv vekst

REDAKSJONELT

REIKVAM Å

Tilgang til lipidsenkende legemidler må ikke redusere arbeidet for bedre kostvaner, mer mosjon og redusert tobakksbruk

Bruken av lipidsenkende medikamenter viste en svak stigning frem til 1994. Dette året svarte salget av medikamentene til 4 DDD (definerte døgndoser)/1000 innbyggere/døgn. I de påfølgende årene økte salget eksplosivt og utgjorde i 1998 38 DDD/1000 innbyggere/døgn (1). Statiner stod for praktisk talt hele veksten i forbruket. Det er ennå ikke registrert avflatning av salget (fig 1). I Sverige har det vært en liknende utvikling, men med et klart etterslep i forhold til den norske trenden. Målt i DDD/1000 innbyggere/døgn var det svenske salget halvparten av det norske i 1998. Dersom salget i Norge tilsvarer forbruket, og dette fordeles på alle personer over 45 år, var andelen av den delen av befolkningen som i 1998 daglig brukte lipidsenkende medikasjon 11%.

Effekten og nytten av statiner er godt dokumentert. De senker kolesterolnivået i blodet og gir en gunstig lipidprofil. I kliniske studier har pasienter som fikk statiner, en markert reduksjon i sykkelighet og død. Den først publiserte av de store studiene som undersøkte sykkelighet og dødelighet demonstrerte overbevisende sekundærprofylaktisk effekt hos pasienter med manifest hjerte- og karsykdom (2). Kort tid etterpå ble det dokumentert nytte av statiner i primærprofylakse hos pasienter med klart forhøyet risiko (3). Siden er det rapportert positive effekter både sekundærprofylaktisk og primærprofylaktisk hos grupper av personer med kolesterolverdier som avviker lite fra gjennomsnittsverdiene i befolkningen i den vestlige verden (4-6).

Den suksessive oppbygning av kunnskaper gjennom kliniske studier har medført at grensene for tilrådd behandling i klinisk praksis har vært i endring. Indikasjonene for statinbehandling er blitt utvidet. Det diskuteres også hvilke lipidparametere som skal vektlegges. Det kan være aktuelt å vurdere totalkolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, forholdet totalkolesterol/HDL-kolesterol og forhøyede nivåer av triglyserider. En isolert vurdering av lipidprofilen medfører at mange friske mennesker kan oppfylle kriterier for statinbehandling. En totalvurdering der andre risikofaktorer også trekkes inn, skal likevel alltid være utgangspunktet.

Samfunnets utgifter til statiner kan virke skremmende. I 1998 utgjorde salget av lipidsenkende medikamenter 595 millioner kroner (1). Om få år vil de årlige utgifter til statiner trolig nærme seg 1 milliard kroner. Det er likevel galt å betrakte dette som en ren utgiftspost. Gevinsten i form av redusert sykkelighet og død er betydelig. Det er holdepunkt

for at kostnadseffektiviteten for statiner er like god som for andre typer behandling som norske borgere nyter godt av.

Fokus bør nå være rettet mot å oppnå riktig bruk av statinene. Sekundærprofylakse hos pasienter med hjerte- og karsykdom peker seg ut som en klar indikasjon. Kostnadseffektiviteten synes også å være best for disse (7, 8). Den neste gruppen med klar og god indikasjon er personer med dyslipidemier der genetiske faktorer er fremtredende, for eksempel pasienter med familiær hyperkolesterolemi. De har høy risiko, og endring i kostvaner og livsstil forventes å ha moderate effekter.

Det virkelige problemet møter den praktiserende lege når det skal vurderes å sette inn statiner i primærprofylakse. Legen introduseres for en gråsone av betydelig omfang. I praksis kan dette bety å gi medikamentell behandling til personer som er friske og uten symptomer, og hvor dyslipidemien ikke er primært genetisk betinget, men induisert av uheldige kostvaner og usunt levestil. Alle er enig om at råd om kosthold og livsstil skal forsøkes først. Men det vil ofte stilles spørsmål om hvor intenst og hvor lenge det skal prøves, og om optimale ikke-farmakologiske virkemidler er benyttet. Dette må holdes opp mot det forhold at selv om statiner generelt sett tolereres godt, er de ikke fri for bivirkninger. Behandlingen kan være aktuell gjennom flere tiår. Vi har i dag ikke oversikt over følgene av slik langtidsbehandling.

I drøfting av nytten av statiner må det ikke glemmes at ikke-farmakologisk intervensjon har et betydelig potensial. Slik intervensjon kan ikke ventes å gi så sterk kolesterolreduksjon som medikamentell behandling. Kolesterolreduksjon er heller ikke det definitive målet, selv om dette er et sentralt styringsredskap både ved farmakologisk og ikke-farmakologisk intervensjon. Det endelige målet er å redusere sykkelighet og død av hjerte- og karsykdommer. Nylig er interessen for diettintervensjon fornyet og forsterket etter at det i Lyon Diet Heart Study ble rapportert frapperende effekter på sykkelighet og dødelighet i en sekundærprofylaktisk studie hos pasienter med førstegangsinfarkt. Dette til tross for at lipidprofilen, slik vi konvensjonelt vurderer den, viste liten endring i intervensjonsgruppen (9).

En lite ønskelig utvikling i dagens samfunn er en økende medikalisering av befolkningen, også av friske mennesker. Lipidsenkende medikamenter vil i utstrakt grad kunne bidra til denne utviklingen.

Den logiske konsekvens av dagens akkumulerte kunnskap vil være at argumentene for livsstilsendringer får ekstra styrke. Endringer i stor skala kan forbedre lipidprofilen for folk flest. Dette ville være den beste beskyttelse når risiko for andre sykdommer, for eksempel kreft, trekkes inn. Imidlertid synes en annen utviklingstrend å gjøre seg gjeldende. Folk lever et mer stillesittende liv, kroppsvekten øker og insidensen av diabetes er sterkt stigende. Det er i den senere tid advart mot at vi kan få en ny bølge med økning av hjerte- og karsykdommer. Denne utviklingen vil løfte enda flere mennesker over terskelen for lipidsenkende behandling.

Statinene representerer et av de viktigste bidrag til medikamenter vi kan bruke i behandling av hjerte- og karsykdommer. Som leger gleder vi oss over at mange av våre pasienter har fått verdifull hjelp av medikamentene. I et samfunnsperspektiv er det overordnede målet å redusere insidens og prevalens av disse sykdommene, helst til et nivå som er på linje med land i Sør-Europa og Asia. I en slik sammenheng er medikamentell behandling ikke bærebjelken, og tilgangen til statiner må ikke gjøre at vi senker innsatsen for å nå disse målene. Den basis disse bestrebelsene må hvile på, er en massestrategi som lykkes i å fremme en sunn livsstil med gode kostvaner, mosjon og redusert tobakksbruk.

Åsmund Reikvam

Åsmund Reikvam (f. 1944) er spesialist i indremedisin og kardiologi og arbeider med farmakoterapeutiske problemstillinger. Figur 1 Salg av serum-lipidsenkende midler målt i DDD (definerte døgndoser)/1000 innbyggere/døgn i Norge og Sverige i tidsrommet 1990-98

LITTERATUR:

1. Legemiddelforbruket i Norge 1994-98. Oslo: Norsk Medisinaldepot, 1999.
2. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-9.
3. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PV et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolaemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1301-7.
4. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001-9.
5. The long-term intervention with pravastatin in ischemic disease (LIPID) study group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998; 339: 1349-57.
6. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels. Results of AFCAPS/TexCAPS. *JAMA* 1998; 279: 1615-22.
7. Johannesson M, Jönsson B, Kjekshus J, Olsson AG, Pedersen TR, Wedel H. Cost-effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *N Engl J Med* 1997; 336: 332-6.
8. Aursnes I. Optimising outcomes in primary prevention of coronary heart disease. Current evidence regarding anti-hyperlipidaemic therapy. *Dis Manage Health Outcomes* 1997; 2: 238-47.
9. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. Final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99: 779-85.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no