

rende høy aminoglykosidkonsentrasjon i serum. Jeg er ikke villig til å akseptere at det er heldig i en slik situasjon. Konsentrasjonsmålinger vil selvsagt kunne bidra til at man ikke ytterligere forverrer situasjonen ved å fortsette behandlingen, men jeg tror de fleste forstår at man ikke bør anvende aminoglykosid til noen som ikke produserer urin.

**Arvid Bjørneklett**

Rikshospitalet

**Litteratur**

1. Behandling av alvorlig sepsis/septisk sjokk. Statens legemiddelverk. Nytt om legemidler 2004, nr. 3.

## Statiner ved hypertensjon

Vi har i en artikkel i Tidsskriftet nr. 13–14/2004 argumentert for at medikamentell blodtrycksbehandling bør suppleres med acetylsalisylsyre som førstevalgsmedikament hos hypertonikere med moderat økt tilleggsrisiko (1). Statiner bør legges til som et annet alternativ for pasientgrupper med spesielt høy tilleggsrisiko. I samme nummer av Tidsskriftet tar Arne Svilaas og medarbeidere til orde for at statiner skal være standardbehandling for pasienter som tilfredsstiller inklusjonskriteriene i ASCOT-LLA-studien, og at acetylsalisylsyre skal være annetvalgsmedikament (2). Forfatterne kjenner ikke til at tiazider i blodtrycksbehandlingen har effekt på harde endepunkter.

Som sagt – tiazider alene og i kombinasjon med andre medikamenter har effekt på harde endepunkter. Dette er vist både i placebokontrollerte (3, 4) og sammenliknende studier (5). Forfatternes manglende kunnskap om dette er alarmerende, fordi slik kunnskapsløshet fører til unødvendig bruk av begrensede helsetjenesteressurser. Lovverket har bestemmelser som skal beskytte samfunnet mot unødig ressursbruk, jf. helsepersonelloven § 6. En slik bestemmelse er også inntatt i etiske regler for leger. Tiazider og acetylsalisylsyre er de to mest kostnadseffektive tiltak vi har innen medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdom (6) og skal selvfølgelig være førstevalg i de aller fleste tilfeller.

ASCOT-LLA-studien begrunner ikke bruk av statiner til alle som tilfredsstiller inklusjonskriteriene. Effekten av slik behandling er liten for pasienter med liten absolutt risiko og totalt fraværende som primærprevensjon hos kvinner som får adekvat blodtrycksbehandling.

**Eivind Meland**

Seksjon for allmennmedisin  
Universitetet i Bergen

**Anders Hernborg**

Halmstad

**Litteratur**

1. Meland E, Hernborg A. Forskning og markedsføring. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1820.
2. Svilaas A, Kjeldsen S, Midtbø K et al. Statin forebygger hjerteinfarkt og hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1821.
3. MRC Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. BMJ 1985; 291: 97–104.
4. Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. Lancet 1980; 1: 1261–7.
5. Wilhelmsen L, Berglund G, Elmfeldt D et al. Beta-blockers versus diuretics in hypertensive men: main results from the HAPPY trial. J Hypertens 1987; 5: 561–72.
6. Marshall T. Coronary heart disease prevention: insights from modelling incremental cost effectiveness. BMJ 2003; 327: 1264–8.

### A. Svilaas og medarbeidere svarer:

Vi fremhevet at 75 mg acetylsalisylsyre daglig bør gis som standardbehandling til hypertonikere, i tillegg til den antihypertensive behandling, basert på HOT-studien og europeiske retningslinjer (1). Det burde derfor ikke være noen uenighet mellom Meland & Hernborg og oss på dette punkt. Vi minner likevel om at dette behandlingsregimet er svakt underbygd for kvinner.

Når det gjelder bruk av tiazider og effekt på harde endepunkter, viser vi til vårt svar til Flottorp & Fretheims innlegg i Tidsskriftet nr. 17/2004 (2, 3). Tiazidbasert behandling er vist å forebygge hjerneslag, men ingen studier har så langt vist at tiazider forebygger koronarsykdom. I vår del av verden øker tiazider sågar risikoen for hjerteinfarkt. Vi vil sterkt fraråde et tiazid annet enn i små doser og i kombinasjon med et annet preparat som nøytraliserer tiazidenes metabolske bivirkninger og som sikrer bedre blodtrykkssenkende effekt.

Det er provoserende og nærmest injurierende at Meland & Hernborg beskylder oss for kunnskapsløshet og unødige ressursbruk og sår tvil om vår holdning til forebyggende behandling av koronarsykdom er i samsvar med de etiske regler for leger. Vi har ikke hevdet at alle pasienter som tilfredsstiller ASCOT-LLA-studiens inklusjonskriterier skal ha et statin, men har poengtert at man må gjøre en individuell risikoberegning ut fra klinisk skjønn og oppdatert kunnskapsbasert medisin. Dette presiseres også i en ny NCEP-rapport (4), som for øvrig støtter bruk av kolesterolsenkende medisin til ASCOT-typiske pasienter med moderat høy risiko (10–20 % risiko over ti år) og ubehandlet LDL-kolesterolnivå på  $\geq 2,6$  mmol/l, i tillegg til livsstilsintervensjon. Vi har lagt oss på linje med de mer konservative europeiske retningslinjer (1), og ser ingen grunn til at norske pasienter ikke skal tilbys samme gode behandling som pasienter i andre europeiske land. Å forbeholde statiner for pasientgrupper med spesielt høy tilleggsrisiko, slik Meland & Hernborg gjør seg til talsmenn for, betyr at mange pasienter med moderat til høy risiko

ikke får det behandlingstilbud som de siste års statinstudier tilsier. En slik behandlingsspolitikk er både etisk og samfunnsøkonomisk svært betenkelig.

Selv om ASCOT-LLA-studien ikke var overbevisende for diabetikernes vedkommende (få diabetikere og overgang fra placebo til statin), har CARDS-studien nå dokumentert at 10 mg atorvastatin reduserer kardiovaskulære hendelser, inkludert hjerneslag, hos pasienter med type 2-diabetes og ubehandlet LDL-kolesterolnivå på  $\leq 4,1$  mmol/l (5). Ifølge forfatterne bør debatten hva gjelder denne pasientgruppen nå gå på hvor lav risikoen skal være for at det *ikke* skal gis statin (5).

**Arne Svilaas**

Universitetet i Tromsø

**Sverre E. Kjeldsen**

**Kjell Midtbø**

**Arne Westheim**

Ullevål universitetssykehus

**Jan Otto Syvertsen**

Moss

**Litteratur**

1. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Statin forebygger hjerteinfarkt og hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1821.
2. Flottorp S, Fretheim A. Tiazider (alene) og harde endepunkter. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2277.
3. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Tiazider (alene) og harde endepunkter. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2277–8.
4. Grundy S, Cleeman JI, Merz NB et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation 2004; 110: 227–39.
5. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364: 685–96.