



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Bør jeg statinbehandles likevel?

Arne Svilaas og medarbeidere har i Tidsskriftet nr. 20/2004 kommentert mine refleksjoner omkring såkalt forebyggende statinbehandling av friske personer som etter bestemte kriterier har økt risiko for å få hjerte- og karsykdom (1, 2). Uten å ta standpunkt til mulige helseøkonomiske gevinster ville jeg personlig – hvis jeg var i den definerte risikozonen – avstått fra deltakelse. Det tror jeg mange andre også ville dersom de ble informert om sannsynligheten for at de tok statiner uten å ha nytte av det. I sin kommentar går ikke Svilaas og medarbeidere inn på mitt individualperspektiv, de velger igjen å se det på makronivå: Av 100 000 «risikopersoner» som behandles med statin i ti år, vil 6 000 unngå å få hjerte- og karsykdom. Noe som innebærer at 94 000 vil ta sin daglige tablett atorvastatin forgyves.

Det betyr altså at et antall som tilsvarende alle norske menn i alderen 60–64 år må huske på å ta en tablett daglig i ti år, en tablett som – muligens forbigående – ifølge Felleskatalogen kan gi følgende plager (3): «Gastrointestinale: Obstipasjon, flatulens, dyspepsi, abdominalsmerter, diaré, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet, parestesier. Psykiske: Søvnløshet. Øvrige: Asteni, brystmerter, ryggmerter, perifert ødem, allergiske reaksjoner.» Opptil 100 av dem vil kunne få hepatitt, kolestatisk icterus, myositt eller rabdomyolyse. Bare 6 % vil altså ha nytte av behandlingen. Medikamentutgifter for til sammen 3 milliarder kroner vil være bortkastet (dvs. bare 1,5 milliard hvis man lurer Pfizer ved å dele 40 mg-tabletten i fire).

Det må være mulig å snevre inn inklusjonskriteriene slik at betydelig færre får slik behandling og forholdsvis flere har nytte av den. Jeg har forstått at ni av ti hjerteinfarkttilfeller kan tilskrives kjente faktorer. Man kunne jo ta utgangspunkt i dem. Personlig vil jeg sette en grense på 50 % nytteeffekt for å være med.

Det finnes mer attraktive alternativer for oss i moderat risikosone, for eksempel endring av livsstil i retning av det gode liv man lever i middelhavslandene (4). Svilaas og medarbeidere hevder at det er «bare noen få som greier å holde en omhyggelig og konsekvent livsstil». Jeg tror tvert imot

at mye kan oppnås med en intens og intelligent markedsføring. Her har vi mye å lære av en ressurssterk legemiddelindustri.

Jens-Gustav Iversen
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Iversen JG. Bør jeg statinbehandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2662.
2. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Bør jeg statinbehandles? Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2662–3.
3. Felleskatalogen. 45. utgave. Oslo: Felleskatalogen AS, 2003: 808–10.
4. Knoops KTB, deGroot LCPGM, Kromhout D et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. JAMA 2004; 292: 1433–9.

A. Svilaas og medarbeidere svarer:

Det er nok fortsatt en liten uenighet mellom Jens-Gustav Iversen og oss. Vi vil presisere at med individuell og omhyggelig risikovurdering, hvor både tradisjonelle faktorer, inklusive måling av blodtrykk og kolesterolnivå (også hos Iversen), og «nyere» faktorer inkluderes, kan man komme langt i den ofte vanskelige vurderingen om lipidsenkende medisin skal tas i bruk. Som vanlig vil det ved medikamentell intervensjon bli en avveining mellom forventet klinisk effekt og risiko for bivirkninger (i ASCOT-studien på placebonivå med atorvastatin 10 mg daglig) (1) som kan redusere behandlingsgevinsten. Dette er klinikerens daglige utfordring. Vi gir råd, og pasienten avgjør. Også for tiazider, som myndighetene har pålagt oss å starte blodtrycksbehandling med, «enkelt og trygt», finner vi ramset opp en lang rekke bivirkninger, interaksjoner og forsiktighetsregler (2).

Selv om vi kanskje av noen oppfattes som ivrige medisinforskrivere, er vi blant de fremste tilhengere av sunn livsstil, inkludert et hjertevennlig kosthold, gjerne representert ved «middelhavskostholdet». Vi har arbeidet mye med å dokumentere dette i vitenskapelig sammenheng (3). Vi støtter derfor god og oppfinnsom markedsføring av riktig livsstil. Som vi tidligere har anført kan sunn livsstil faktisk konkurrere med de beste resultater av medikamentell behandling (4, 5). Vår reservasjon på dette punkt ligger i det faktum at selv med iherdig innsats fra legen vil mange pasienter enten trenge tid til å endre livsstil eller ikke

lykkes i den grad at medikamentell behandling blir unødvendig. Hvis de ikke lykkes, er det vårt ansvar å tilby behandling i samsvar med den dokumentasjon som til enhver tid foreligger. Da må man ofte gripe til reseptblokken for å forebygge hjerte- og karsykdommer, som omtrent halvparten av befolkningen dør av, mange for tidlig.

Arne Svilaas
Rikshospitalet

Sverre E. Kjeldsen
Kjell Midtbø
Arne Westheim

Ullevål universitetssykehus

Jan Otto Syvertsen
Moss

Litteratur

1. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR et al, for the ASCOT investigators. Prevention of coronary events and stroke with atorvastatin in hypertensive subjects who have average or lower-than-average cholesterol levels, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial–Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 1149–58.
2. Felleskatalogen. 46. utg. Oslo: Felleskatalogen AS, 2004.
3. Beckmann SL, Os I, Kjeldsen SE et al. Effect of dietary counselling on blood pressure and arterial plasma catecholamines in primary hypertension. Am J Hypertens 1995; 8: 704–11.
4. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Polychronopoulos E et al. Can a Mediterranean diet moderate the development and clinical progression of coronary heart disease? A systematic review. Med Sci Monit 2004; 10: RA193–8.
5. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med 2000; 343: 16–22.

Misvisende om tiazider

Sverre Kjeldsen hevder i Tidsskriftet nr. 20/2004 at økt tiazidbruk vil føre til økt forekomst av hjerteinfarkt (1). Påstanden hviler på tolking av tall fra én enkelt studie fra 1970-årene, hvor høydosert tiazid ble benyttet.

I dag anbefales tiazid i lavere doser nettopp fordi høydosebehandling har liten eller ingen forebyggende effekt på koronar hjertesykdom, mens det motsatte er tilfellet når det gjelder lavdosert tiazid (2). Derfor er det meningsløst å henvise til en høydosestudie i denne sammenhengen. Kjeldsen skriver dessuten om den aktuelle studien at «14 døde i tiazidgruppen og bare tre i ubehandlet gruppe» (1). De riktige tallene er at 21 døde i tiazidgruppen og 20 i ubehandlet gruppe, noe som også blir