

Nullvisjon for arteriosklerotisk hjerte- og karsykdom hos yngre

Arteriosklerotisk karsykdom hos unge mennesker har de fleste leger erfaring med. I 2004 døde 900 mennesker i alderen 25–64 år av hjerte- og karsykdommer i Norge. Mange er uvitende om at blodtrykk, kolesterol- eller blodsukkernivå er for høyt. Det er behov for et bedre system for å fange opp dem med høy risiko. Slik som i trafikken trenger vi nå en nullvisjon for arteriosklerotisk karsykdom hos yngre.

Oppgitte interessekonflikter: Se til slutt i artikkelen

Kjetil Retterstøl

kjetil.retterstol@rikshospitalet.no
Lipidklinikken
Medisinsk klinikk
Rikshospitalet
0027 Oslo

Plutselig og uventet død er ofte forårsaket av arteriosklerotisk karsykdom. I 2004 døde 665 personer i alderen 25–64 år av iskemisk hjertesykdom. 117 av disse var kvinner (tab 1) (1). Problemet er betydelig større enn dødstallene viser, ettersom de færreste infarkter er dødelige. Antall døgnopphold i sykehus i 2004 illustrerer problemets størrelse. I aldersgruppen 20–59 år medførte hjerteinfarkt, angina pectoris og annen iskemisk hjertesykdom 12 506 døgnopphold. Tilsvarende tall for cerebrovaskulære sykdommer var 2 847. Samlet utgjorde altså disse sykdomsgruppene 15 380 døgnopphold (2). I tillegg kommer de som bare behandles poliklinisk. I aldersgruppen 20–59 år var det 18 791 polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus for disse sykdomsgruppene i 2006 (3). Mange av de som rammes får redusert yrkesaktivitet. Dette utgjør et betydelig samfunnsproblem og er i tillegg meget alvorlig for dem som rammes.

Høyt kolesterol kan ikke merkes

Fra tid til annen annonserer Lipidklinikken i dagspressen etter deltakere til ulike studier. Noen av de som tar kontakt, ser på det som en mulighet til helsesjekk uten at fastlegen belastes unødvendig. Ikke sjelden finner vi da personer med en svært høy risiko som de ikke var klar over. Det kan være betydelig forhøyet blodtrykk, en ugunstig lipidprofil, uoppdaget diabetes, eventuelt en kombinasjon av alle. Det er uheldig når høy risiko er ukjent både for pasient og fastlege.

Uten blodprøve kan vi ikke finne personer med høy risiko. Da blir det et problem at

friske folk ikke oppsøker lege for å sjekke sine verdier. Terskelen for å bestille legetime kan være høy for en som føler seg frisk. Fastlegen er ofte meget travel. Det kan oppleves som problematisk å kreve av legens tid uten å føle seg syk. Folks hverdag er også travel og det enkleste er å droppe undersøkelsen. Leger har også forskjellige holdninger til å måle plasmalipider, glukose og blodtrykk på friske personer «uten grunn» (4). Frykten for å bli avvist kan skremme noen fra å be om å bli undersøkt. Ulike holdninger blant leger skyldes ikke minst uklare signaler fra myndighetene. Det skal foreligge en «mistanke om sykdom» før en blodprøve utløser refusjon fra NAV. På den annen side har Norge sluttet seg til den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse, vedtatt av Verdens helseorganisasjon 22.5. 2004 (5), der viktigheten av å identifisere og behandle personer med høy risiko er presisert. I Norge har kun en firedel av de som har familiær hyperkolesterolemi, også kalt Müller-Harbitz' sykdom, fått en sikker genetisk diagnose. Ved dagens gentester detekteres om lag 95 % av mulige mutasjoner i LDL-reseptorgenet (T.P. Leren, personlig meddelelse). Det antas å være drøyt 15 000 personer med familiær hyperkolesterolemi i Norge (6, 7). Ubehandlet kan enkelte av dem få koronarsykdom i 20–30-årsalderen. Det er meget uheldig, fordi sykdomsårsaken er kjent på et detaljert molekylært nivå og både behandling og diagnose er spesifikk, enkel og billig.

Hvordan identifisere høy risiko?

Tidligere Statens helseundersøkelser gjorde et viktig arbeid med å identifisere risikopersoner. Den siste undersøkelsen ble utført i 2003. Rutinemessig helsesjekk utføres av ulike bedriftshelsetjenester, men tilbudet synes nedskalert. Det mangler derfor nå et system for å fange opp dem som har høyest risiko.

Problemet er aktualisert av flere årsaker. Det har skjedd strukturelle endringer etter

overgangen til fastlegesystemet, risikoberegningene er blitt bedre og effektiv behandling billigere. Kostnaden for simvastatin er redusert fra kr 16 per tablett til kr 2,50 per tablett i den kraftigste doseringen. Reagensene til en kolesteroltest koster i overkant av kr 2. For en pasient som tar blodprøve av annen årsak, er tilleggskostnaden minimal, fordi så mange forskjellige analyser kan utføres i ett eneste glass. Man er i økende grad blitt klar over betydningen av ikke bare å vurdere en risikofaktor som kolesterol alene, men individets globale risiko. Eldre kostnad-nytte-beregninger trenger derfor en revisjon. I PROCAM-studien fant man at ca. $\frac{2}{3}$ av all hjertesykdom i en befolkning i alderen 45–64 år skjedde blant dem med kolesterol under 7,8 mmol/l. Ca. $\frac{1}{3}$ skjedde i den 7 % av befolkningen med kolesterol over 7,8 mmol/l (8). Slike tall oppmuntrer ikke til bred aktivitet for å identifisere risikopersoner. I samme studie viste man imidlertid at $\frac{2}{3}$ av all koronarsykdom skjedde i $\frac{1}{5}$ av befolkningen, enkelt identifiserbart ved et globalt risikoestimat. En studie publisert i 2007 på den samme populasjonen bekreftet at $\frac{4}{5}$ av all koronarsykdom forekommer blant $\frac{1}{5}$ i befolkningen, med høy risiko som enkelt kan identifiseres. 31 % av all cerebral iskemi i befolkningen skjedde i en identifiserbar gruppe på bare 4 % av samme befolkning (9). I denne studien ble global risiko estimert ved å måle blodtrykk, triglyserider, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol og glukose samt ved å spørre om røykevaner. INTERHEART-studien viste at over 90 % av risikoen for koronarsykdom i en populasjon skyldtes hypertensjon, diabetes, røyking, ugunstig lipidprofil, abdominal overvekt, fysisk inaktivitet, psykososialt stress samt inntak av frukt, grønt og alkohol (10). Det kan nevnes at Verdens helseorganisasjon og flere studier fra populasjoner i Framingham og i Europa (SCORE) gir kunnskap om hvordan høyrisikoindividene kan identifiseres. I Norge ble det nylig funnet at kriteriene for nedsatt glukosetoleranse eller nyoppdaget type 2-diabetes var til stede hos mer enn halvparten av dem med akutt hjerteinfarkt uten kjent diabetes (11). Det er dokumentert at målrettet intervensjon er effektivt, også på befolkningsnivå (12). Både diagnostiske og behandlingsmessige verktøy er nå lett tilgjengelig.

Mulighetene kan utnyttes bedre

Det blir for enkelt å gi politikere hele ansvaret for de vedvarende høye døds-



Illustrasjon Kari Stai, Patron

tallene. Fastleger kan bidra ved å ha en liberal holdning til å måle lipidprofil, glukose og blodtrykk. Det gjelder spesielt hos personer med ukjente verdier. En fastlege kan også systematisk invitere pasienter som ikke kjenner sine verdier til en konsultasjon.

Vår økte kunnskap til å forebygge og behandle gjenspeiles i en positiv utvikling. Gjennomsnittsverdiene av sentrale risikofaktorer som systolisk blodtrykk og kolesterolnivå er klart fallende i befolkningen (13). Antall personer under 49 år som dør av iskemisk hjertesykdom, falt med 44 % i perioden 1994–2004 (14). Likevel har antall døgnopphold for akutt hjerteinfarkt økt med 60 % fra 2000 til 2006 (15), noe som kan skyldes at infarktene inntreffer i høyere alder. Hvor mange unge som rammes i årene fremover, vet vi ikke. Med riktig forebyggende behandling burde imidlertid tallet vært nær null hos de yngre.

Behov for en nullvisjon

I flere år har det vært arbeidet mot en nullvisjon for trafikkdød i Norge. I 2004 døde totalt 168 personer i ulykker med bil/buss

pluss 30 fotgjengere og 13 syklistene (16). En rekke tiltak er iverksatt for å øke trafiksikkerheten. Utover såkalt passive tiltak som bedret standard på biler og veier er det også satt inn aktive tiltak som påbud om sikkerhetssele i bil, hjelm hos motorsyklister og redningsvest i båt. Disse påbudene skal ivareta den enkeltes personlige sikkerhet. Myndighetene griper inn i vår personlige frihet for å beskytte oss selv. Slik lovpålagt personlig beskyttelse er nå allment akseptert som en fornuftig ordning.

Når det gjelder å forebygge prematur karsykdom, er påbud utenkelig. Et systematisk og lett tilgjengelig frivillig tilbud om sjekk vil imidlertid kunne bli effektivt, fordi de fleste er interessert i sin egen helse. Gjort på en fornuftig måte, vil det neppe oppfattes som invaderende i den personlige frihet. Tvert imot viste en norsk studie at personer med familiær hyperkolesterolemi opplevde det som positivt å få stilt diagnosen (17).

En nullvisjon innebærer ikke at det er realistisk å utrydde problemet i nær fremtid, men det blir definert som et viktig mål å jobbe mot. Å etablere en offisiell null-

visjon vil bidra til å understreke sterkt og tydelig at vi må anstrenge oss for å nærme oss målet.

Få kjenner sitt kolesterolnivå

56 % av den norske befolkningen over 14 år opplyser at de ikke kjenner sitt kolesterolnivå. 74 % var uvitende i aldersgruppen 25–39 år (upubliseret undersøkelse av et landsrepresentativt utvalg på 1 009 personer utført av Synovate MMI i april 2007, bestilt av Nasjonalforeningen for folkehelse). Det er urovekkende at disse tallene er helt uendret fra 2004. Utviklingen med å identifisere risikopersoner synes å ha stått fullstendig stille. Dessverre er det grunn til å forvente mange dødsfall blant unge også i årene som kommer.

Er det riktig å forvente at friske folk på egen hånd skal kunne vurdere sin egen risiko? Med dagens system er den enkelte borger selv ansvarlig for å vurdere om det er behov for nærmere undersøkelse. Enhver må selv ta ansvar for å bestille time hos fastlegen. Slikt ansvar forutsetter at befolkningen har kunnskap, men kunnskapen er

Tabell 1 Antall døde fordelt på aldersgrupper i Norge i 2004 (1)

Dødsårsak etter ICD-10-kode	Antall døde fordelt på aldersgrupper			
	25–34 år	25–44 år	25–54 år	25–64 år
<i>Iskemisk hjertesykdom (I20-I25)</i>				
Menn	4	49	201	548
Kvinner	2	7	34	117
I alt	6	56	235	665
<i>Karsykdommer i hjernen (I60-I69)</i>				
Menn	4	23	46	139
Kvinner	5	11	39	96
I alt	9	34	85	235
Sum døde av hjerneslag og iskemisk hjertesykdom	15	90	320	900

skjevfordelt. Det er inntil 12 års forskjell i forventet levetid mellom menn i to bydeler i Oslo (18). Det er tilsvarende forskjellen mellom et u-land og et i-land. Et systematisk tilbud om helsesjekk til alle 20- eller 30-åringer for å finne individer med høy risiko vil være et viktig bidrag i kampen for å utjevne de store forskjellene i tidlig død og sykdom mellom ulike sosiale og etniske grupper. Fastlegen vil normalt ha alle nødvendige fasiliteter for en slik enkel undersøkelse. Muligheten for en personlig vurdering er en av fordelene ved et fastlegebasert system fremfor et sentralisert opplegg. Et opplegg via fastlegen kan også øke oppmøteprosenten samt at den enkelte selv kan betale for undersøkelsen. Man kan imidlertid godt tenke seg systematiske rapporteringsrutiner til sentrale myndigheter.

Normalt ikke nødvendigvis optimalt

Et effektivt arbeid mot nullvisjonen trenger verken nye bygninger eller flere ansatte. Det dreier seg om å se muligheten.

Betydelig økt risiko er ofte et resultat av en kombinasjon av litt høyt blodtrykk, litt høyt blodsukkernivå, litt stor midjeomkrets og litt uheldig lipidprofil. Alle verdier kan ligge innenfor laboratoriets referanse-

verdier. Problemet oppstår hvis alle faktorene trekker i samme retning – mot økt risiko. Å ta aktive grep overfor normale og friske personer kan oppfattes som invaderende og unødvendig. Dette illustrerer noe av kjerneproblemet i den forebyggende medisin. Det er fortsatt normalt med hjerneslag og hjerteinfarkt i 50-årsalderen. Det som er normalt er ikke alltid optimalt.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har de siste fem år mot honorar gjort oppdrag for legemiddelfirmaer, fødevarerfirmaer, opplysningskontorer og for regulatoriske myndigheter, hovedsakelig som foredrag. Inntektene har utgjort under 5 % av lønnsinntekten fra helseforetaket. Han har årlig deltatt på 1–2 kongresser betalt av legemiddel- eller fødevarerfirmaer.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. Dødsfall etter kjønn, alder og underliggende dødsårsak. Hele landet. 2004. www.ssb.no/dodsarsak/arkiv/tab-2006-06-01-02.html [25.2.2008].
2. Statistisk sentralbyrå. Døgnopphold ved somatiske sykehus, etter alder og hoveddiagnose. 2006. www.ssb.no/emner/03/02/pasient/tab-2007-04-20-01.html [25.2.2008].
3. Statistisk sentralbyrå. Polikliniske konsultasjoner ved offentlige somatiske sykehus, etter alder, kjønn og diagnose. 2006. www.ssb.no/pasient/tab-2007-04-20-12.html [25.2.2008].

4. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 38–43.
5. Sosial- og helsedirektoratet. Global strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse. www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/global_strategi_for_kosthold_fysisk_aktivitet_og_helse_2722 [25.2.2007].
6. Heiberg A, Berg K. The inheritance of hyperlipoproteinemia with xanthomatosis. A study of 132 kindreds. *Clin Genet* 1976; 9: 203–33.
7. Leren TP, Solberg K, Rødningen OK et al. Two founder mutations in the LDL receptor gene in Norwegian familial hypercholesterolemia subjects. *Atherosclerosis* 1994; 111: 175–82.
8. Assmann G, Cullen P, Schulte H. The Münster Heart Study (PROCAM). Results of follow-up at 8 years. *Eur Heart J* 1998; 19 (suppl A): A2–11.
9. Assmann G, Schulte H, Cullen P et al. Assessing risk of myocardial infarction and stroke: new data from the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) study. *Eur J Clin Invest* 2007; 37: 925–32.
10. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52.
11. Andersen G, Eritsland J, Aasheim A et al. Nedsatt glukosetoleranse hos pasienter med akutt hjerteinfarkt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2264–7.
12. WHO. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy lives. Genève: Verdens helseorganisasjon, 2002. www.who.int/whr/2002/en/ [25.2.2008].
13. Jenum AK, Graff-Iversen S, Selmer S et al. Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes gjennom 30 år. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2532–6.
14. Statistisk sentralbyrå. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer, etter kjønn og alder. Underliggende dødsårsak. 1951–2004. Per 100 000 innbyggere (ny 20.6. 2006). www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2006-06-01-06.html [25.2.2008].
15. Statistisk sentralbyrå. Flere innleggelseser for hjerteinfarkt. Pasientstatistikk 2006. www.ssb.no/emner/03/02/pasient/ [5.3.2008].
16. Statistisk sentralbyrå. Dødsfall av ulykker. 2004 (ny 31.8. 2006). www.ssb.no/dodsarsak/tab-2006-06-01-15.html [25.2.2008].
17. Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Experiences of guilt and shame in patients with familial hypercholesterolemia: A qualitative interview study. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 108–13.
18. Barstad A. Ulikheten som dreper. 21.9.1998. www1.sv.no/oslo/artikler/ulikheten.htm [25.2.2008].

Manuskriptet ble mottatt 26.7. 2007 og godkjent 9.3. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.