

Hvem skal tilrås medikamentell lipidsenkende primærprofylakse? Mange personer vil være i en risikosone der klinikerer vil være usikker på både indikasjonen og aggressiviteten i behandlingen. Man må kjenne pasientens risikonivå, behandlingens effekt og dens bivirkninger. Ut fra rapportene fra de tallrike store statin-studiene er bivirkningsprofilen slett ikke avskrekkende for denne medikamentgruppen. Men her er personene kun fulgt over et begrenset antall år, ikke dekadere. Det er holdepunkter for at lipidsenkende behandling med statiner har enda større *relativ forebyggende effekt* hos yngre enn eldre. Men alle aspekter ved å starte med slik medikasjon i ung alder hos personer med lett til moderat risiko kan ikke sies å være fullstendig kartlagt.



Sosial- og Helsedirektoratet har nå sendt ut retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Retningslinjene fokuserer vesentlig på vurderingen av personer mellom 40 og 70 år. En bredt sammensatt faggruppe har arbeidet med disse retningslinjene i over 4 år. I denne utgaven av Hjerteforum gjør Tor Ole Klemsdal rede for de vurderingsprinsipper som anbefales mht. lipidsenkende medikasjon. Man kan fokusere på absolutt risikoreduksjon (som gjerne er størst for de eldste), relativ risikoreduksjon eller på antall vunne leveår (som vil kunne være høyest hos de yngste, gitt både lengre forventet livslengde og lengre behandlingsvarighet). I de nye retningslinjene har man lagt stor vekt på vunne leveår, men fastholder at også absolutt risiko er relevant for vurderingen. Man har beregnet omtrent lik behandlingsgevinst i form av antall vunne leveår hos personer i 40-årsalderen med 1 % 10-års-risiko for kardiovaskulær død som hos personer i 50-årsalderen med 5 % risiko, og 60-åringene med 10 % risiko. Man funnet det hensiktsmessig med tilsvarende alderjusterte grenser for medikamentell intervensjon. I retningslinjene anbefales det ikke å projisere en persons risiko frem til hva den ville bli når personen ble 60 år. Medikamentell intervensjon kan ofte utsettes dersom absoluttrisikoen er tilstrekkelig lav. Sjansen for at personen utsettes for en hendelse de første årene er likevel svært begrenset. I henhold til dette vil det være relativt få kvinner under 60 år og menn under 50 år som tilrådes statinbehandling.

I utgangspunktet må personens absolutte risiko estimeres, med mindre totalcholesterol er over 8. I retningslinjene gis det veiledning om dette, men i tillegg til hovedvariablene vil opplysninger om flere andre risikofaktorer kunne spille inn i vurderingen. Det påpekes også at statinbehandling trolig er kostnadseffektivt i større pasientgrupper enn dem man som hovedregel har anbefalt behandling. Individuelle preferanser og valg vil derfor være viktig, og personer med økt risiko bør involveres i valget så langt vedkommende selv ønsker.

For legen vil det fortsatt måtte være et betydelig element av skjønn i vurderingene. Dette "skjønn" vil ikke ha vondt av å lese Klemsdals artikkel eller sette seg godt inn i retningslinjene for øvrig.