

# 2016 EUROPEAN GUIDELINES ON CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION IN CLINICAL PRACTICE

<http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-Prevention-in-clinical-practice-European-Guidelines-on>

Eur. Heart J. 2016; 37:2315-2381  
doi/10.1093/eurheartj/ehw106

## Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra

- Professor og overlege Henrik Schirmer, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet og Hjertemedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
- Overlege Anders Meyer, Kardiologisk seksjon, Sykehuset Innlandet, Elverum

## De har levert en felles uttalelse som er gjengitt nedenfor (lett tilpasset av KU)

De første retningslinjene om temaet kom i 1994, og dette er sjette versjon. Forrige oppdatering var i 2012, og NCS ga sin tilslutning (med forbehold om at retningslinjene kunne gi underbehandling av yngre og overbehandling av eldre, samt at NORRISK-tabellen var mer egnet for norske forhold enn SCORE og risikoberegning ved primærprofylakse). Ti ulike fagorganisasjoner inkl. European Society of Cardiology (ESC) har deltatt i utarbeidelsen av den nye utgaven, og denne gang har vi også to medforfattere med tilknytning til Norge (Maja-Lisa Løchen og Stefan Agewall).

Som i de tidligere retningslinjene er mesteparten av dokumentet individrettet, dvs. at de skal være til hjelp i kommunikasjonen med enkeltindivider om deres kardiokulære risiko, og om nytten av en

sunn livsstil og tidlig påvirkning av deres risikoprofil. Nytt er imidlertid et kapittel om tiltak på samfunnsnivå, som har vært etterlyst i tidligere versjoner.

Dokumentet oppfattes å være lettlest, samtidig som det er grundig og gir oppdatert faktakunnskap om temaet. Oppbyggingen av dokumentet er lik dokumentet fra 2012, og de fleste anbefalingene er uendret. Det struktureres rundt 4 kjernespørsmål; (1) Hva er forebygging av kardiokulær sykdom? (2) Hvem vil profitere på slik forebygging? (3) Hvordan intervenere? (4) Hvor intervenere? Forfatterne angir at de har valgt å fokusere mer på populasjonsbasert tilnærming, på sykdomsspesifikk intervensjon og på kvinnespesifikke tilstander, yngre individer og etniske minoriteter. Den sykdomsspesifikke intervensjonen er utelatt i papirversjonen av dokumentet og finnes kun som web-supplement. Det er faktabokser med anbefalinger for hvert emne med klassifisering og nivåinndeling av anbefalingene. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development And Evaluation) som ble tatt inn i forrige retningslinjer, er tatt bort igjen som graderingsverktøy i faktaboksene. Hvert tema avsluttes med «Gaps in evidence».

Sentralt i dokumentet er SCORE-tabellene som angir 10-års risiko for død av kardiokulær sykdom. Som tidligere er det en tabell for høyrisikoland og en for lavrisikoland, og disse tabellene er identiske med forrige versjon. Tabellene angir risiko i alderen 40 til 65 år. Det understrekes at tabellene overestimerer risikoen i land hvor mortaliteten har falt (slik som i Norge) og underestimerer risikoen i land hvor mortaliteten har økt. De viktigste risikofaktorene er fortsatt alder, røyking, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, mens andre risikofaktorer som familiehistorie, kalsium-score og

aterosklerotiske plakk ved ultralyd halskar, kan være med å modifisere den kalkulerte risikoen. Livsstilsintervensjon vies sentral plass før evt. medikamentell forebygging. Her er de europeiske og norske retningslinjene sammenfallende. ESC anbefaler medikamentell intervensjon ved SCORE > 10 % (dvs. > 10 % risiko for kardiovaskulær død innen 10 år), men at man bør være mer tilbakeholden hos personer > 60 år. Hos personer med risiko mellom 5 og 10 % kan medikamentell intervensjon vurderes. Dette betyr at personer < 50 år ikke bør tilbys medikamentell intervensjon, siden de uansett ikke kommer opp i en SCORE > 5 %. Som det ble konkludert med i kvalitetsutvalgets uttalelse for 2012-retningslinjene, er NORRISK-tabellen, som er utarbeidet av Helsedirektoratet, bedre egnet for norske kliniske forhold. For at alle pasienter over 40 år skal nå samme livslengde, er intervensjonsgrensene aldersbestemt for å ta høyde for livsløpsrisiko i NORRISK. Dette gir mer anvendelige utrednings- og behandlingssalgoritmer for klinisk bruk. De nasjonale faglige retningslinjene er nå under revisjon og vil trolig komme i løpet av våren 2017. Med den kommer en oppdatert NORRISK II-tabell og kalkulator på Helsedirektoratet.no. Denne er basert på risiko for å rammes av hjerteinfarkt, hjerneslag eller hjerte- og kardød de neste 10 år. Pga. det betydelige fallet i risiko siden NORRISK I, er aldersspennet forskjøvet fra 40-65 til 45-75 år. Vi anbefaler derfor at norske klinikere benytter NORRISK i stedet for SCORE. Inntil NORRISK II foreligger kan man benytte risikoalder som foreslått i de europeiske retningslinjene, da denne tilnærming benytter den relative risiko, noe som ikke endres over tid. Risikoalder kan leses direkte ut av tabellene (hvor gammel estimeres du til å være med ditt nåværende risikofaktornivå om du hadde hatt optimal risikoprofil?). Alternativt kan man dele NORRISK I-estimatet på 2.

### Forskjeller mellom anbefalingene fra ESC og Helsedirektoratet

ESC nevner prematur hjerte- og karsykdom som en faktor som modifiserer risikoestimatet. I NORRISK og NORRISK II er dette og HbA1c-verdi lagt inn som egne faktorer. Begge angir multiplikasjonsfaktorer for revmatoid artritt og andre bindevevssyk-

dommer, etnisitet og pågående blodtryksbehandling. ESC gir spesifikke estimat for ulike HDL-kolesterol-nivå, mens Helsedirektoratet har utelatt dette. Det er ikke evidens for at HDL-kolesterol-nivå er en årsaksfaktor for hjerte- og karsykdom, og heving av HDL-kolesterol-nivå har ikke vist å påvirke hjerte- og karrisiko.

ESC nevner kalsiumskåring med CT som noe som kan modifisere risiko for personer rett over eller under intervensjonsgrense. Helsedirektoratet anbefaler ikke rutinemessig bruk av bildediagnostikk for risikoskåring pga. høy kostnad gitt lav evidens for nytte i en befolkningssammenheng. CT kalsiumskår gir dessuten en viss strålebelastning. Ved påvist karotiskplakk (definert som fokal veggtykkelse minst 50 % større enn tilgrensende årevegg, eller intima-media-tykkelse  $\geq 1,5$  mm med protrusjon inn i lumen), anbefales profylakse i begge retningslinjer, men begge anfører at rutinemessig måling av intima-media tykkelse (IMT) ikke bedrer risikostratifisering.

*ESC prevention guidelines* åpner for medikamentell forebyggende intervensjon også hos dem med lav estimert SCORE dersom en enkelt risikofaktor er betydelig forhøyet slik som blodtrykk > 180/110 mm Hg eller total-kolesterol > 8 mmol/l (dvs. hos personer uten kjent annen hjerte- og karsykdom, diabetes, GFR < 60 ml/min). De norske retningslinjene anbefaler forsøk med livsstilsintervensjon i 3-12 måneder for risiko under anbefalt aldersspesifikk intervensjonsgrense, men medikamentell behandling om blodtrykket med livsstilsendring forblir > 160/100 mm Hg. De norske retningslinjene gir også spesifikke anbefalinger for personer > 75 år.

Blodtryksbehandling er nå samkjørt med ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorblokkere som førstevalg med thiazid som tillegg, deretter tillegg av kalsiumantagonist og aldosteronantagonist som fjerde valg. Betablokkere er kun indisert på særskilt indikasjon.

For kolesterolsenking er grensene nå harmonisert med LDL-kolesterol-mål < 1,8 mmol/l for påvist kardiovaskulær sykdom, for moderat risiko anbefales LDL-kolesterol-mål < 3 mmol/l, mens for høy risiko uten kjent hjerte- og karsykdom (diabetes, GFR

< 60 ml/min, SCORE 5 - 10 %) anbefaler ESC LDL-kolesterol < 2,6 mmol/l eller 50 % LDL-kolesterol-reduksjon fra utgangsverdi. Helsedirektoratet anbefaler her pga. manglende evidens for 2,6 mmol/l i en befolkningssetting, et LDL-kolesterol-mål på 3 mmol/l eller 50 % LDL-kolesterol-reduksjon fra utgangsverdi. Dette er et mer realistisk mål gitt også dagens refusjonsregler. De norske retningslinjene gir også spesifikke anbefalinger for personer > 75 år. Helsedirektoratet anbefaler oppstart med atorvastatin som førstevalg. ESC har ingen preferanser.

## Konklusjon

Vi mener retningslinjene er nyttig lesing for alle leger som befatter seg med forebyggende behandling av hjerte- og karsykdom. Anbefalingene er ukontroversielle og godt anvendbare for norske forhold. Dokumentet er mindre egnet som et oppslagsverk om man ønsker konkrete råd om valg av behandling. Her er de norske retningslinjene mer anvendelige med lenker både til røykeavvenning, vektreduksjon, kostholdsråd og fysisk aktivitet, i tillegg til fylldig instruks i medikamentell forebygging der det er indisert. SCORE overestimerer risikoen for nordmenn (slik den gamle NORRISK også gjør) med ca 50 %. Bruk derfor den nye NORRISK II-tabellen med oppdaterte nasjonale insidenstall når den blir publisert.

### NORRISK:

<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/norrisk-10-arsrisiko-for-kardiovaskuler-dod-30384.html>

### Høringsforslag til Nye retningslinjer med NORRISK II (se under «praktisk»):

<https://helsedirektoratet.no/horinger/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/seksjon?Tittel=risikovurdering-og-grensefor-9916>

## Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 03.02.17)

2016 cardiovascular prevention guidelines fra ESC gir anbefalinger for hele spekteret av kardiovaskulær forebygging både på et individnivå og på et overordnet befolkningsnivå. Selv om kardiovaskulær dødelighet og sykkelighet er fallende i vår del av verden, er det mange risikofaktorer som fortsatt øker, og områder der implementering av kjente forebyggende tiltak kan bedres. Dokumentet er stort og utfyllende og lesverdig i sin helhet, og anbefalingene er i hovedsak i samsvar med norsk praksis. Fagekspertene gir i uttalelsen ovenfor interessant sammenligning med 2016-versjonen fra ESC og en nært forestående oppdatering av de norske retningslinjene fra Helsedirektoratet. Kvalitetsutvalget slutter seg til fagekspertenes anbefaling at man heller bruker NORRISK enn SCORE for risikoberegning. Med forbehold om at det kan bli behov for noe nyansering når de oppdaterte norske retningslinjene fra Helsedirektoratet blir publisert, anbefaler kvalitetsutvalget, i tråd med fagekspertenes tilråding, at NCS gir sin tilslutning («endorsement») til 2016 ESC cardiovascular prevention guidelines.

## Kvalitetsutvalget presiserer

### Retningslinjer er råd, ikke regler

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Kvalitetsutvalget i NCS

Ole-Gunnar Anfinsen  
leder  
(Sign.)

Tonje Amb Aksnes  
(Sign.)

Vernon Bonarjee  
(Sign.)

**NCS har i styremøte den 21.3.2017 gitt tilslutning til disse retningslinjer med ovennevnte reservasjon.**