

Flere nye europeiske retningslinjer i klinisk praksis – men hva kan bru

En kommentar til Tonje Amb Aksnes og Sverre E. Kjeldsen,

AV BJØRN GJELSVIK

Artikkelen om de europeiske European Society of Hypertension – European Society of Cardiology (ESH-ESC) – retningslinjene for hypertensjon (1) i Utposten nr 2/2008 (2) fortjener en kommentar og en klargjøring. Det er viktig for Utpostens lesere å kjenne til at det også finnes europeiske, multi-disiplinære retningslinjer for forebygging av hjerte-karsykdom fra 2007 (3) som har en annen tilnærming til hjerte-kar-risiko og andre intervensjonsgrenser enn ESH-retningslinjene. Disse utgår fra et mangeårig samarbeid mellom flere europeiske organisasjoner som representerer både primærhelsetjeneste og organspesialister (se RAMME 1). Sverre E. Kjeldsen kjenner godt til disse retningslinjene, også fordi han sammen med undertegnede deltar i et tilsvarende norsk arbeid forankret i Sosial- og helsedirektoratet. Det er ganske spesielt av Kjeldsen å gå ut med en presentasjon av de europeiske ESH-retningslinjene for hypertensjon på et tidspunkt der det norske arbeidet er i sin avslutning, og der ett av de aller viktigste temaene dreier seg om kriterier for når legen skal anbefale medikamentell intervensjon ved økt risiko for hjerte-karsykdom. Kjeldsen vet selvfølgelig godt at de intervensjonsgrensene som ESH-



Bjørn Gjelsvik

Fastlege Tanum Legekontor, Bærum.
Universitetslektor, Universitetet i Oslo.
Tidligere leder av NSAM.
Medlem av NFA's referansegruppe i forebyggende kardiologi.
Medlem av Joint Task Force IV 2006-2007 (redaksjonsgruppe for felles europeiske retningslinjer for forebygging av hjerte-kar sykdom).

retningslinjene anbefaler ikke blir akseptert i de forestående norske retningslinjene, og heller ikke er anbefalt i de felles europeiske retningslinjene som jeg skal omtale nedenfor.

Debatten om blodtrykket

Det har i mange år vært debatt om retningslinjer for hypertensjon og forebygging av hjerte-karsykdom. Debatten har særlig dreid seg om intervensjonsgrenser, behandlingsmål og medikamentvalg. Underliggende har debatten også dreid seg om hvordan vi oppfatter risiko, hvordan vi formidler risiko, etiske spørsmål, politiske og samfunnsøkonomiske aspekter. Grovt sett har frontene gått mellom representanter for hypertensjonsmiljøet og representanter fra allmennmedisinen.

Uenigheten har først og fremst bakgrunn i ulike perspektiv. Representanter for allmennmedisinen har argumentert med at retningslinjer må være anvendbare i klinisk allmennmedisin og være forenlig med allment aksepterte etiske og samfunnsøkonomiske prioriteringer.

De felles europeiske retningslinjene fra 2003 (4) avstedkom atskillig debatt i europeisk allmennmedisin, som bl.a. kom til uttrykk på rådsmøtet i Wonca Europe i 2004. Wonca Europe favner 36 allmennmedisinske foreninger og selskap i Europa, og er et representativt forum for akademisk og faglig allmennmedisin. 2003-retningslinjene hadde flere anbefalinger som var problematiske sett fra et allmennmedisinsk ståsted:

- generell anbefalt intervensjonsgrense ved fem prosent total risiko for død iflg. SCORE-algoritmen

RAMME 1.

Organisasjoner som samarbeider i Joint Task Force IV (2007)

Akronym	Organisasjon
ESC	European Society of Cardiology
EACPR	European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation
ESH	European Society of Hypertension
ISBM	International Society of Behavioral Medicine
WONCA-Europe	European Society of General Practice/Family Medicine
EHN	European Heart Network
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EAS	European Atherosclerosis Society
IDF-Europe	International Diabetes Federation Europe
EUSI	European Stroke Initiative

for å forebygge hjerte-karsykdom kes i allmennpraksis?

Utposten nr 2/2008.

	ESC-ISH Hypertension Guidelines 2007	European Joint CVD Prevention Guidelines 2007
Primær fokus	Hypertensjon	Total risiko
Intervensjonsgrense	BT > 140/90	Total risiko > 5 %, (for medikamentell intervensjon > 10% ved alder over 60 år.)
Deltakere	Hypertensjonsspesialister og kardiologer	10 partnere (se ramme 1)
Behandlingsmål	BT < 140/90	Redusere total risiko, hvis mulig til definerte karakteristika knyttet til livsstil og biologiske parametre
Behandlingsmål ved særlig høy risiko (diabetes, nyresykdom, osv)	BT < 130/80	BT < 130/80 hvis hensiktsmessig (if feasible) ut fra kostnader og bivirkninger
Deltakelse fra allmennmedisin	Nei	Ja
Appliserbar i allmennpraksis	Vanskelig pga lave intervensjonsgrenser og en-faktor mål.	Ja. Det anbefales nasjonal kalibrering av risikotabell, intervensjonsgrenser og behandlingsmål.

TABELL 1.

Forskjeller mellom ESH-ESC 2007 Hypertension Guidelines og JTF IV 2007 European Guidelines for CVD Prevention in Clinical Practice.

- framskriving av risiko til 60 års alder hos de yngre (vurdering av risiko som om personen var 60 år)
- i tillegg til dette behandlingsalgoritmer som anbefalte medikamentell intervensjon ved BT > 140/90 og kolesterol > 5 mmol/l uansett total risiko

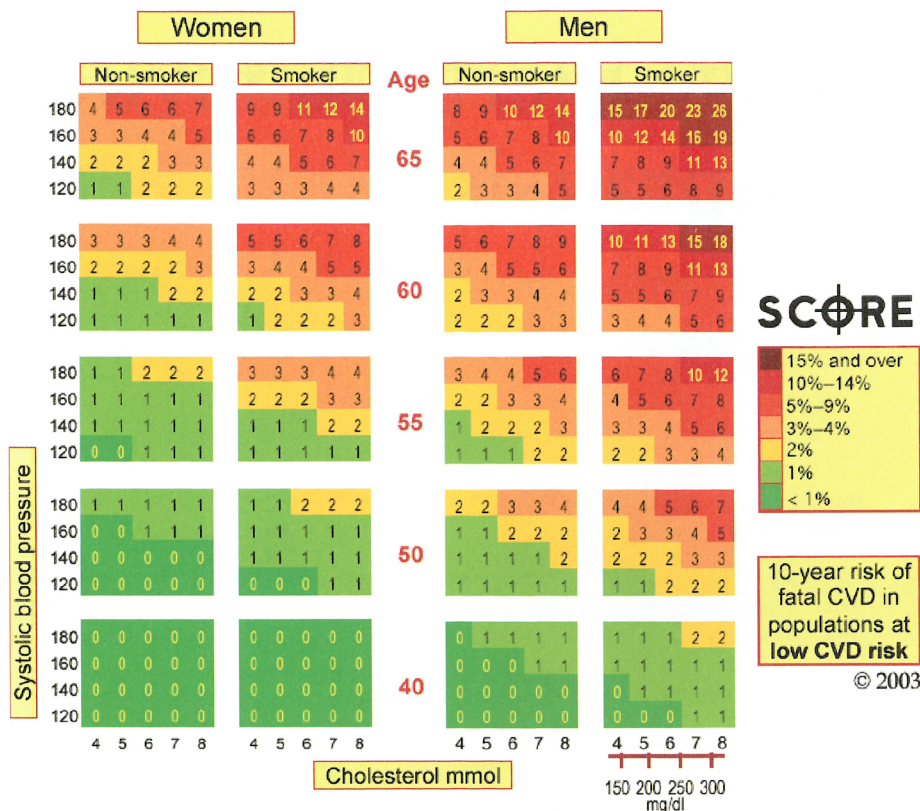
Retningslinjene ville føre til at en stor andel av befolkningen ble definert som risikanter og kunne bli gjenstand for medikamentell intervensjon (5). På bakgrunn av denne debatten vedtok Wonca Europe å trekke tilbake sin tilslutning til 2003-retningslinjene. De andre europeiske organisasjonene som hadde deltatt i utarbeidelsen av 2003-retningslinjene tok da kontakt med Wonca og ba om at foreringen revurderte beslutningen om å gå ut av samarbeidet. Etter en intern diskusjon ble det formulert noen spesifikke krav til samarbeidet, bl.a. en sterkere representasjon fra

allmennmedisin og at intervensjonsgrensene ble endret for å bli mer i samsvar med allmennmedisinske prioriteringer. Vedtak om dette ble fattet på Wonca Europe Council meeting i 2006. Sammen med to nederlandske kolleger var undertegnede representant for europeisk allmennmedisin i utarbeidelse av de nye felles europeiske retningslinjene.

Joint Task Force IV 2007

De nye felles europeiske retningslinjene ble publisert i september 2007, og var da allerede godkjent av Wonca Europe Council meeting i Singapore i juli. Vi mener Joint Task Force IV-retningslinjene fra 2007 i store trekk er anvendbare i europeisk allmennmedisin. De inneholder to sett risikotabeller, ett for lavrisiko-land og ett for høyrisiko-land. Tabellene kan stort sett brukes slik de er, men det er anbefalt at det på nasjonalt nivå settes sammen multi-disiplinære

Low Risk Cholesterol



Bruk av tabellen:

Finn cellen som er nærmest pasientens alder, blodtrykksnivå, kolesterol-status og røykestatus.

Tilleggsfaktorer som bør vurderes ved bruk av tabellen (qualifiers):

- risiko vil bli overestimert i områder med fallende forekomst, og underestimert i områder med økende forekomst av hjerte-karsykdom.
- I alle aldersgrupper er kvinners risiko lavere enn menns. Dette er noe misvisende, ettersom flere kvinner enn menn til slutt dør av hjerte-kar sykdom. Kvinners risiko er forskjøvet ca 10 år ut i tid i forhold til menn.
- Risikoen kan være høyere enn angitt:
 - Ved fysisk inaktivitet og/eller overvekt, spesielt abdominal fedme
 - Ved økt forekomst av hjerte-kar sykdom i familien
 - Hos personer som lever sosialt isolert
 - Hos personer med diabetes
 - Hos personer med lav HDL og/eller forhøyet triglyceridnivå
 - Hos asymptomatiske personer med tegn til subklinisk aterosklerose, for eksempel redusert ankel-brakial indeks eller funn av plaque ved dopplerundersøkelse av halskar

Yngre personer kan ha betydelig forhøyet relativ risiko selv om den absolutte risikoen er lav, spesielt der det foreligger økt familiær risiko og/eller metabolsk syndrom. Dette kan gjøre det nødvendig med mer intens ikke-farmakologisk behandling for å forhindre økt absolutt risiko i fremtiden.

FIGUR 1. Score low risk tabell. Absolutt 10 års risiko for død av hjerte-karsykdom.

komiteer med representanter fra primær- og sekundærhelsetjeneste, brukere og fra politisk nivå for å tilrettelegge retningslinjene for nasjonale forhold, herunder vurdere intervensjonsgrenser og behandlingsmål. Hensyn til lokale forhold og nasjonale prioriteringer er nødvendig for å oppnå konsensus og oppslutning om et slikt forebyggende program. Lavrisiko-tabellen, som kommer nærmest risikonivået i en norsk populasjon nå, er gjengitt i FIGUR 1.

Viktige forbedringer sett fra allmennmedisinsk synsvinkel i 2007-retningslinjene er:

- Sterkere understrekning av at beregning av total risiko er utgangspunktet for all intervensjon.

- Intervensjonsgrensen på fem prosent absolutt risiko er beholdt, men ved alder over 60 år anbefales medikamentell intervensjon først ved ti prosent risiko eller mer.
- Anbefalingen om framskrivning av risiko til 60 års alder er fjernet.
- Det er lagt større vekt på ikke-farmakologisk intervensjon.
- Det er større vektlegging av pasientpreferanser og pasient-sentrert behandling.

Når det gjelder beregning av risiko og intervensjonsgrenser, er det viktig å være oppmerksom på at det finnes verktøy som bare predikerer risiko for kardiovaskulær død, slik som SCORE, mens for eksempel Framingham-algoritmen

beregner risiko for hjerteinfarkt/koronarsykdom. Tyve prosent risiko i Framingham tilsvarer grovt sett fem til ti prosent risiko i SCORE, noe avhengig av alder, der de yngres dødsrisiko er nærmere en fjerdedel av sykdomsrisikoen. Ingen av risikoberegningsalgoritmene er ideelle. Det er ofte nødvendig å bruke tilleggsinformasjon som ikke inngår i formelen. For SCORE er disse gjengitt i FIGUR 1.

Det er forvirrende for leseren at det finnes flere internasjonale retningslinjer om nært beslektede tema. Ikke minst når noen av de samme organisasjonene deltar i utgivelsen av dem, og en nærmere gjennomgang viser at de på vesentlige punkter står i strid med hverandre. I tabell 1 redegjøres for noen viktige kjennetegn ved de felles europeiske retningslinjene, og hvordan de skiller seg fra ESH-retningslinjene som Aksnes og Kjeldsen refererer til.

Definisjon av risiko og intervensjonsgrenser

Den viktigste forskjellen er knyttet til definisjonen av risiko og derav følgende intervensjonsgrenser. Hypertensjonsmiljøet definerer blodtrykket som utgangspunktet, selv om det også skjeles til total risiko. Det benyttes en spesiell risikofaktor som ikke tar hensyn til alder, og som tar utgangspunkt i den blodtrykksdefinisjonen ESH har skrevet på steintavler. **Den viktigste innvendingen er at ESH anbefaler at grad 1 hypertensjon (BT 140–159/90–99) uten andre risikofaktorer skal behandles medikamentelt etter noen måneders observasjon og ikke-farmakologisk behandling.** Anbefalingen vil føre til at mange personer med lav risiko (for mange yngre personer vil den være godt under en prosent) vil bli tilbudt medikamentell behandling. Det vil koste penger for samfunnet, føre til bivirkninger for pasientene og oppta mange arbeidstimer i helsesektoren. De eneste som blir «frikjent» i henhold til ESH-retningslinjene er personer som har blodtrykk < 140/90 og ingen andre risikofaktorer. Anvendt på norsk befolkning vil retningslinjene føre til at ca. 42 prosent av menn ved alder 50 år skal ha medikamentell blodtrykksbehandling (5).

I motsetning til ESH, har de felles europeiske 2007-retningslinjene tatt inn over seg mye av kritikken som ble reist mot 2003-utgaven. Retningslinjene benytter det europeiske SCORE-verktøyet, som beregner alders-spesifikk absolutt risiko for død av hjerte-karsykdom ut fra kjente variabler som røyking, BT og kolesterolnivå. Blodtrykket inngår der som en risikofaktor på linje med de øvrige. SCORE er basert på europeiske dødelighetsdata, og norske data utgjør en betydelig andel. En innvending mot SCORE-verktøyet er at det baserer seg på risiko for død, og i liten grad fanger opp risiko

for hjerte-karsykdom hos personer under 50 år. Retningslinjene inneholder derfor en tabell for relativ risikoøkning ved ulike verdier for kolesterol og blodtrykk, og framhever flere tilleggsfaktorer legen må ta hensyn til i beregning av risiko (se FIGUR 1). Disse hjelpemidlene vil gjøre det lettere for legen å finne fram til yngre personer som har en økt risiko og som har nytte av intervensjon. I de tilfellene der total risiko ikke er forhøyet (< 5 %), men det foreligger forhøyet blodtrykk eller forhøyet kolesterolnivå (isolert forhøyet enkeltfaktor) bør medikamentell behandling vurderes hvis blodtrykket er vedvarende forhøyet over 160/100 (grad 2 hypertensjon) eller total kolesterol er over 8 mmol/l.

ESH-retningslinjene er ikke appliserbare i allmennpraksis. Først og fremst fordi de anbefaler intervensjonsgrenser som ikke er forenlig med god allmennpraksis, men etter min bedømming også pga ensidig fokus på én risikofaktor både når det gjelder intervensjon og behandlingsmål. De er preget av at det ikke har vært deltakelse fra allmennmedisin i utarbeidelsen av retningslinjene, og har av den grunn blitt mer og mer overflødige. Jeg vil tilrå kolleger å benytte de felles europeiske retningslinjene (lavrisiko-tabellen) og ellers vente på de norske retningslinjene som forhåpentlig snart kan bli publisert.

Litteratur

1. Mancia G, De BG, Dominiczak A, et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007; 25: 1751–62.
2. Aksnes TA, Kjeldsen SE. Nye europeiske retningslinjer for behandling av hypertensjon. *Utposten* 2008; 12–3.
3. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 Suppl 2: S1–113.
4. De Backer, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: S1–S10.
5. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I, et al. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *BMJ* 2005; 331: 551.

Interessekonflikter

Medforfatter og har mottatt honorar fra Leo for utarbeidelse av hefte om blodtrykksbehandling (tiazider).

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: bjorn.gjelsvik@medisin.uio.no