

Naproxen nå?

■ ALEXANDER WAHL

Spesialist i allmennmedisin
Redaktør Primærhelse Helsebiblioteket.no

Revmatikere som bruker permanent høye doser av NSAIDs eller coxiber øker risiko for hjerteinfarkt, slag og vaskulær død med 40 prosent. Skal vi endre praksis? For å vurdere dette bør vi se litt nærmere på kunnskapsgrunnet og absolutt risikoreduksjon.

Kunnskapsgrunnet

NSAIDs er populære legemidler, og det er gjort en mengde studier som vi kunne grave oss ned i. Heldigvis slipper vi dette, fordi Lancet publiserte i mai en meta-analyse (1) med data fra 300 000 pasienter i 700 behandlingsforsøk hvor man sammenlignet høydose NSAIDs med hverandre, placebo eller coxiber. Generelt økte bruk av høydose NSAIDs og coxiber risikoen for alvorlige hjerte-karlidelser (myokardinfarkt, slag og død) med 40 prosent. Men det var to unntak. Høy dose ibuprofen økte koronar risiko, men ikke slagrisiko. Enda bedre var resultatet mht naproxen. Høy dose naproxen økte ikke risiko for alvorlige hjerte-karlidelser i det hele tatt (!).

Ideelt sett burde man vurdere artikkelen fra Lancet kritisk, etter mal fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2).

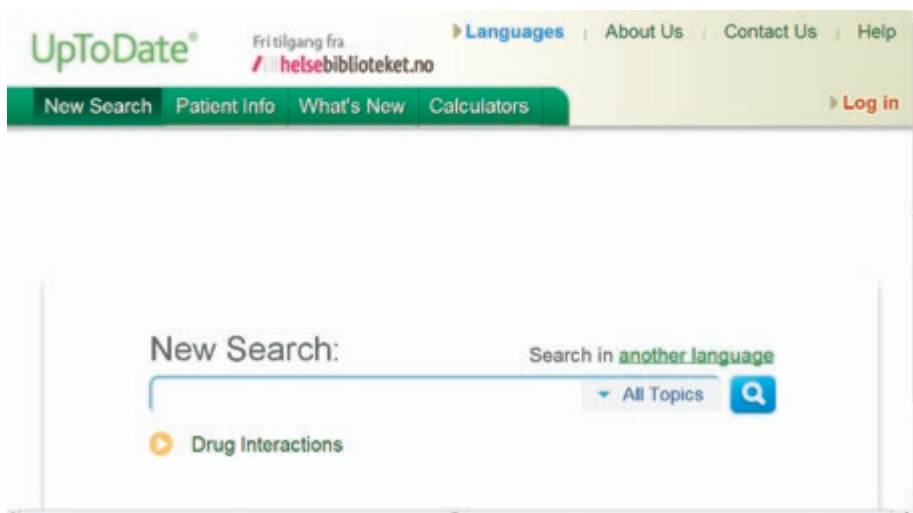
HVORDAN I WINMED?

I Winmed gikk jeg inn på statistikkmodulen og markerer utplukk-diagnose-spørring-L88-siste år-legevalg, og fikk så opp rapporten.

I min rapport hadde jeg kun fire revmatoid artritt-pasienter. Jeg sjekket deretter NSAIDs bruk hos disse pasientene og oppdaget én som brukte diklofenac (modifenac). Han hadde tidligere gjennomgått et hjerneinfarkt.

Etter en telefonoppringning kunne jeg endre resepten til et naproxen entero produkt i samforståelse med pasienten.

Neste gang kontrollerer jeg blodtrykket og nyrefunksjonen.



What's New – medisinsk sikringskost fra den store vide verden.

Men i stedet tok jeg snarveien til en tjeneste fra det enorme oppslagsverket UpToDate som er fritt tilgjengelig fra Helsebiblioteket.no. Under vignetten «What's new» finner man «Practice changing updates» – et gullfunn for internasjonale nyheter som kan forandre praksis. Dersom studien har kommet frem hit, er det svært sannsynlig at kvaliteten på utførelsen av studien har vært bra. Lancets studie var referert her, og den har gitt opphav til en ny behandlingsanbefaling.

Absolutt risiko

Nå skal vi ikke skremme våre pasienter unødige. Økningen av risiko på 40 prosent er en *relativ* risikoøkning. Dette tallet sier ikke noe om grunnrisikoen er lav eller høy. Derfor er relativ risikoøkning et dårlig utgangspunkt for å vurdere terapiendringer. Som en kritisk leser bør man alltid vurdere *absolutt* risikoøkning. Først da kan man vurdere om endringene er klinisk interessante. Ser vi nærmere på estimatene, ser vi at forskerne plasserer pasientgruppene i to sjikt. Absolutt risikoøkning for alvorlig hjertekarsykdom og død bestod av **to hendelser pr. 1000 pasienter pr. år** hos pasienter med lav kardiovaskulær grunnrisiko og **syv til åtte tilfeller pr. 1000 personer pr. år** hos pasienter med høy kardiovaskulær grunnrisiko. Det er kanskje ikke så mye i forhold til de 993 personene som ikke blir syke det året. Men sykdommene vi snakker om er alvorlige, og pasientene skal kanskje bruke legemidlene i mange år. Så hvorfor ikke prøve å skifte over til naproxen? Mest skånsomt for mageslimhinnen er en en-

terovariant, og vi bør evaluere effekt og eventuelle bivirkninger underveis. Vær obs på pasienter som har høyt blodtrykk, hjertesvikt eller redusert nyrefunksjon – disse bør neppe ha NSAIDs.

Hvordan?

La oss si at dr Påhugget Relativ og dr Tilbakelente Absolutt i dette tilfelle er på linje; vi antar det er rimelig konsensus blant oss leger om at et medikamentbytte bør forsøkes. Hvordan gjør vi det i praksis?

Man kan gjøre endringer underveis ved reitering av resepter når de dukker opp, eller finne pasientene for så å ringe dem opp. Jeg sporet pasientene opp ved hjelp av statistikkmodulen i Winmed2 (SE RAMMEN). Så vidt meg bekjent har alle journalsystemer i primærhelsetjenesten en funksjon hvor man kan gjøre uttrekk av pasienter som har en spesifikk diagnose. Jeg søkte på revmatoid artritt icpc kode L88 og fikk nøstet opp min liste. Artrosepasientene mine bruker paracet og kun NSAIDs unntaksvis, så de er utelukket fra før av. Pasientene var ikke mange, og det var fullt overkommelig å få oversikt. Pasienter setter stor pris på en oppdatert lege som er proaktiv.

Dersom vi alle er proaktive, redder vi liv.

REFERANSER

1. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Coxib and traditional NSAID Trialists' Lancet, 2013 May 29. pii: S0140-6736(13)60900-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60900-9.
2. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>