

## Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel Ny behandlingsrekommendation från Läkemedelsverket

I *Information från Läkemedelsverket 2014:5* kom nya, uppdaterade rekommendationer kring farmakologisk prevention av aterosklerotisk hjärt-kärl-sjukdom (1). De ersätter tidigare rekommendationer från 2006 och baseras på gällande europeiska och amerikanska riktlinjer.

Här sammanfattas en del nyheter:

### Riskklassificering

Bedömningen av individuell risk för hjärt-kärlsjukdom har uppdaterats. Utifrån en helhetsbedömning graderas den individuella risken från låg till mycket hög, där varje riskgrupp har tydliga behandlingsrekommendationer (se [Faktaruta 1](#), på baksidan av Läkemedelsnytt).

Sverige har blivit ett lågriskland för kardiovaskulär dödlighet. Den gamla SCORE-tabellen är därmed inaktuell och en ny SCORE-tabell med lägre risktal bör användas. Utifrån SCORE-algoritmen kan individen sedan grupperas utifrån risk. Aktuell SCORE-tabell finns i riktlinjen (1; se [Figur 1, sid 22](#)). Observera att SCORE endast är ett av flera verktyg i en helhetsbedömning. En individ kan bedömas ha hög risk trots <5 % risk enligt SCORE.

Vid bedömning av diabetespatienter bör ett riskverktyg baserat på NDR användas ([www.ndr.nu/risk](http://www.ndr.nu/risk)). SCORE bör ej användas för diabetespatienter.

Njurfunktion (GFR) är nu en del i klassificeringen. GFR under 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> är förenat med förhöjd risk (se [Faktaruta 1](#)).

### Hypertonibehandling

Blodtrycksmålet har justerats för specifika patientgrupper. Nytt målvärde för diabetespatienter är <140/85 mmHg. För patienter med makroalbuminuri kan <130/80 vara motiverat. För övriga patienter kvarstår <140/90 mmHg.

Vid behov av snabb blodtryckssänkning (vid BT >160/100 mmHg) rekommenderas insättning av två hypertoniläkemedel på lägre dos, gärna som kombinationstablett, i stället för ett läkemedel på högre dos. På så sätt nyttjas en synergistisk effekt och biverkningar minskar. Strategitabell för behandling finns i riktlinjen (1; se [Figur 3, sid 28](#)).

### Hyperlipidemibehandling

Monoterapi med statin är även fortsättningsvis den rekommenderade behandlingen vid hyperlipidemi, förutom vid familjära lipidrubbingar.

Kontinuerlig statinbehandling rekommenderas till alla patienter med hög/mycket hög risk oavsett initialt LDL-värde. Patienter med hög risk bör få en dos statin motsvarande atorvastatin 10-20 mg, och vid mycket hög risk är rekommenderad dos statin motsvarande atorvastatin 40-80 mg. Denna strategi följer samma upplägg som kliniska studier och särskiljer sig från europeiska riktlinjer som endast tar hänsyn till LDL-nivå. Vid biverkningar eller ökad känslighet (t ex äldre) rekommenderas högsta tolererbara dos.

LDL-värden bör ses som riktvärden, ej behandlingsmål. Riktvärdet för LDL har justerats till 2,5 mmol/L vid hög risk och 1,8 mmol/L eller 50 % sänkning från baseline vid mycket hög risk.

### Övrig läkemedelsbehandling

Trombocythämmare (inkl. lågdos ASA) bör endast ges vid konstaterad hjärt-kärlsjukdom (ej hypertoni). Risken för blödningar är större än den primärpreventiva nyttan, även vid diabetes.

Läkemedelsbehandling mot fetma har inte några studier som påvisar en minskad risk för insjuknande av hjärt-/kärlsjukdom, och rekommenderas därför ej vid primärprevention.

Vid rökstopp gäller nikotinläkemedel i första hand och vareniklin eller bupropion i andra hand. Samtliga bör kombineras med samtalsstöd.

*Fortsättning på nästa sida!*

Faktaruta 1. Riskgruppering	Åtgärd
<p><b>Mycket hög risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumenterad tidigare kardiovaskulär sjukdom (sekundärprevention)</li> <li>• Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE <math>\geq 10\%</math></li> <li>• Kronisk njursjukdom med GFR <math>&lt; 30</math> mL/min/1,73 m<sup>2</sup> Kroppsyta</li> </ul>	<p><b>Rekommendation:</b> Hög dos potent statin motsvarande atorvastatin 40-80 mg</p> <p><i>Målvärde LDL: 1,8 mmol/L eller 50 % reduktion</i></p> <p>Livsstilsförändringar samt eventuell behandling av hypertoni, diabetes och/eller njursjukdom.</p>
<p><b>Hög risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Markant förhöjning av enskilda riskfaktorer, till exempel total kolesterol <math>&gt; 8</math> mmol/L, systoliskt blodtryck <math>\geq 180</math> mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck <math>\geq 110</math> mm Hg, eller rökare med <math>&gt; 20</math> paketår (antal paket <math>\times</math> 20 cigaretter per dag <math>\times</math> antal år) före eller under behandling</li> <li>• Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE <math>5\% - &lt; 10\%</math></li> <li>• Kronisk njursjukdom med GFR <math>30-59</math> mL/min/1,73 m<sup>2</sup> kroppsyta</li> </ul>	<p><b>Rekommendation:</b> Ordinär dos statin motsvarande simvastatin 20-40 mg eller atorvastatin 10-20 mg</p> <p><i>Målvärde LDL: 2,5 mmol/L</i></p> <p>Livsstilsförändringar samt eventuell behandling av hypertoni, diabetes och/eller njursjukdom.</p>
<p><b>Måttlig risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE <math>1\% - &lt; 5\%</math></li> </ul>	<p><b>Rekommendation:</b> Livsstilsförändringar</p>
<p><b>Låg risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE <math>&lt; 1\%</math></li> </ul>	<p><b>Rekommendation:</b> Livsstilsförändringar eller ingen åtgärd</p>

Läkemedelskommittén, genom

Tobias Damgaard, leg apotekare

**Referens:**

1. Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2014;5:20-33)  
[http://www.lakemedelsverket.se/aterosklerotisk\\_hjart-karlsjukdom](http://www.lakemedelsverket.se/aterosklerotisk_hjart-karlsjukdom)

Den nya SCORE-tabellen och strategitabellen för behandling av hypertoni finns även i en PP-presentation:

<https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/ppt/Att%20f%c3%b6rebygga%20aterosklerotisk%20hj%c3%a4rt-k%c3%a4rlsjukdom%20med%20l%c3%a4kemedel%2020140619.pptx>