



**Resume af ESC rapport
til høring**

**Ændringer i kliniske
retningslinjer for
forebyggelse af
kardiovaskulær sygdom
fra 2003 til 2007**

Indholdsfortegnelse

Redaktion:

Lia E. Bang^a

Gudrun Boysen^b

Bo Christensen^c

Hanne K. Rasmussen (formand)^d

Ole Snorgaard^e

Henrik Sillesen^f

a Dansk Hypertensionsselskab

b Dansk Neurologisk Selskab

c Dansk Selskab for Almen Medicin

d Dansk Cardiologisk Selskab

e Dansk Endokrinologisk Selskab

f Dansk Karkirurgisk Selskab

Væsentligste ændringer siden 2003 **3**

For alle *uden* kardiovaskulær sygdom og med lav risiko for at få en kardiovaskulær hændelse (vurderet til < 5% ved SCORE) anbefales uændret: **3**

For personer uden kardiovaskulær sygdom men med øget risiko for at udvikle kardiovaskulær sygdom er idealmålene mere differentierede: **4**

For patienter uden kardiovaskulær sygdom med diabetes: **4**

For patienter med kardiovaskulær sygdom og diabetes anbefales: **4**

For patienter med kardiovaskulær sygdom og uden diabetes anbefales: **4**

Reference List **4**

I september 2007 udkom den 4. reviderede udgave af de europæiske anbefalinger for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom (CVD). (Graham et al.) Anbefalingerne er i lighed med de forrige fra 2003 (De Bacher et al.) udarbejdet af en udvidet tværfaglig gruppe med repræsentanter fra European Society of Cardiology (inklusive European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation og Council on Cardiovascular Nursing), European Society of Hypertension, European Atherosclerosis Society, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network, International Society of Behavioural Medicine, European Association for the Study of Diabetes og International Diabetes Federation Europe samt European Stroke Initiative.

Målet med de europæiske retningslinjer er, at de implementeres nationalt tillemptet de enkelte landes muligheder. Styrken er at retningslinjerne er opnået på basis af en bred tværfaglig arbejdsgruppe forankret i europæiske/internationale selskaber med særligt fokus på at involvere de faggrupper, der foretager forebyggelsessamtaler og initierer livsstilsændringer, – sygeplejersker og praktiserende læger. Den tværfaglige danske arbejdsgruppe er nedsat på initiativ af Dansk Cardiologisk Selskab.

Den 3. reviderede udgave af de europæiske anbefalinger (De Bacher et al.) blev fuldt oversat til dansk og udkom i 2004. (www.cardio.dk) Den danske arbejdsgruppe har denne gang valgt kun at fokusere på de væsentligste ændringer og tilpasset disse ændringer til danske forhold.

Væsentligste ændringer siden 2003

1) Til vurdering af risiko for at få kardiovaskulær sygdom anbefales fortsat SCORE systemet til individuel risikovurdering, men systemet er revurderet og forbedret på en række punkter. SCORE systemet beregner 10 års risiko for en fatal kardiovaskulær hændelse. En estimeret 10 års risiko for kardiovaskulær død over 5 % betegnes som *øget risiko*, hvor intervention i forhold til livsstilsfaktorer bør øges og medicinsk behandling overvejes. Enhver risikoberegning vil overestimere risikoen i lande hvor dødeligheden er faldet og underestimere den i lande med stigende dødelighed. Der er endnu ikke kommet en dansk version af HeartScore men indtil denne findes anbefales det at bruge HeartScore for lande med høj risiko (www.heartscore.org).

En svaghed ved SCORE systemet er at den absolutte risiko kan være lav samtidig med at den relative risiko kan være høj f.eks. blandt yngre og specielt kvinder. For at have et mere pædagogisk værktøj har man derfor tilføjet en relativ risikotabel hvor man kan aflæse hvor meget den enkelte persons risiko er forhøjet i forhold til en optimal risikoprofil. Denne relative risiko er uafhængig af alder og vil især være nyttigt at beregne for personer i de yngre aldersklasser. Således vil en kvinde på 40 år, der ryger og har et systolisk blodtryk på 180 mmHg og et kolesteroltal på 8 mmol/l have en *absolut* risiko for at dø af hjertekarsygdom på

under 1 %. Hendes *relative risiko* vil derimod være 12 gange højere end hvad den egentlig burde være.

Figur 1 Beregning af *relativ risiko* for død af hjertekarsygdom.

Blodtryk	Ikke ryger					Ryger				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	4	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

2) Kardiovaskulær sygdom er hyppigere dødsårsag hos kvinder end hos mænd i Europa (hhv. 55 vs. 43 %) og i Danmark. Ikke desto mindre kommer kvinder ofte senere til læge med symptomer og får pga. »atypiske« brystsmerter sjældnere udført diagnostiske test. Der er derfor behov for at kvinder får øget viden om hjertesygdom og sundhedsfagligt personale har øget fokus på kvinder og kardiovaskulær sygdom. Dette gælder både i forhold til primær og sekundær forebyggelse men også videnskabeligt, hvor viden i høj grad baseres på erfaringer med mænd.

Der er kønsspecifikke forskelle i fordelingen af risikofaktorer. Isoleret systolisk hypertension er hyppigere blandt ældre kvinder. Faldet i tobaksforbrug er større blandt mænd end kvinder. Overvægt er hyppigere blandt kvinder end mænd.

3) Kronisk nyresygdom (CKD) er forbundet med betydelig øget risiko for udvikling af CVD. Den øgede risiko ses allerede ved mikroalbuminuri trods normal glomerulær filtrations hastighed og stiger kontinuerligt til 20-30 gange over baggrundsbeholdningen. Ved kendt CVD har CKD også stor prognostisk betydning. CKD er associeret med samme risikofaktorer som ved CVD specielt alder, hypertension, hyperlipidæmi og insulinresistens. Pga. tidlig aterosklerose anbefales tæt kontrol af patienter med CKD for kardiovaskulære risikofaktorer samt behandling af disse.

4) Der er opstillet en række nye idealmål for behandling af patienter med erkendt CVD samt diabetespatienter.

For alle uden kardiovaskulær sygdom og med lav risiko for at få en kardiovaskulær hændelse (vurderet til < 5% ved SCORE) anbefales uændret:

- Ingen rygning
- Sund kost
- Fysisk aktivitet: mindst 30 min moderat aktivitet/dag
- BMI < 25 kg/m² og undgå abdominal fedme (abdominal omfang < 88 cm for kvinder og < 102 cm for mænd)
- Blodtryk < 140/90 mmHg
- Total kolesterol < 5 mmol/l
- LDL < 3 mmol/l
- Faste plasma glucose < 6 mmol/l

For personer uden kardiovaskulær sygdom men med øget risiko for at udvikle kardiovaskulær sygdom er idealmålene mere differentierede:

Generelt anbefales intensiveret livsstilsfaktor kontrol (som ovenfor anført) ved flere risikofaktorer, der samlet giver CVD risiko > 5 % og ved CVD risiko > 10 % er medicinsk behandling ofte nødvendigt. Men for de + 60 årige anbefales grænserne anvendt mindre rigtigt specielt, hvis alderen er den væsentligste risikofaktor, hvorfor medicinsk behandling i denne aldersgruppe kun undtagelsesvist er indiceret ved CVD risiko < 10 %.

Gruppen med øget risiko omfatter også personer med markant forhøjelse af en enkelt risikofaktor (total kolesterol > 8 mmol/l, LDL > 6 mmol/l eller blodtryk \geq 180/110 mmHg) specielt, hvis det er associeret med samtidig organpåvirkning. Generelt anbefales mere strikse behandlingsmål samt hurtigere opnåelse af behandlingsmål evt. med kombinationsbehandling.

For patienter uden kardiovaskulær sygdom med diabetes:

Patienter med type 2 diabetes eller type 1 med risikofaktorer hører uændret til gruppen med øget risiko, men behandlingsmålene er ændret og modificeret i henhold til den nationale konsensus i »Diabetes og hjertesygdom«, DCS og DES 2008:

Blodtryk < 130/80 mmHg
Total kolesterol < 4,5 mmol/l
LDL < 2,5 mmol/l
Faste plasma glucose < 6 mmol/l og HbA1c < 6,5 % hvis muligt

For patienter med kardiovaskulær sygdom og diabetes anbefales:

Udover ovennævnte:

Total kolesterol < 4,0 mmol/l
LDL < 2,0 mmol/l

For patienter med kardiovaskulær sygdom og uden diabetes anbefales:

Blodtryk < 130/80 mmHg
Total kolesterol < 4,5 mmol/l (hvis muligt < 4,0 mmol/l)
LDL < 2,5 mmol/l (hvis muligt < 2,0 mmol/l)
Faste plasma glucose < 6 mmol/l og HbA1c < 6,5 % hvis muligt

Ved dokumenteret iskæmisk hjertesygdom og type 2 diabetes anbefales generelt at alle patienter behandles med statiner.

Reference List

- DeBacker G., 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.« Eur.Heart J. 24.17 (2003): 1601-10.
- Graham, I., 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. 14 Suppl 2 (2007): S1-113.