

SCORE-baseret helbredstjek identificerer sjældent personer med høj risiko for blodprop i hjertet

Martin B. Mortensen¹, Kim Sivesgaard², Helle K. Jensen¹, Willemijn Comuth³, Helle Kanstrup¹, Ole Gøtzsche¹, Ole May³, Jette Bertelsen² & Erling Falk¹



ORIGINALARTIKEL

1) Kardiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
2) Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers
3) Kardiologisk Forskningsafsnit, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Herning

INTRODUKTION

Den sundhedsmæssige gevinst ved et forebyggende helbredstjek er omdiskuteret. Hjerteforeningen og Copenhagen Consensus Center anbefaler (rapport 978-87-92795-00-7), at alle personer mellem 30 og 49 år tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser og helbredsamtaler i almen praksis efter »Ebeltoftmodellen« (Sundhedsprojekt Ebeltoft). Herimod taler to ny-lige Cochraneanalyser, som påpeger manglende evidens for såvel helbredstjek af den traditionelle slags (CD009009) som nonfarmakologisk livsstilsintervention (CD001561). Med udgangspunkt i de personer, som bliver syge, og ikke dem, som kun er i risiko for at blive det, stillede vi det simple spørgsmål: Hvor mange af de tilsyneladende raske personer, som indlægges med et førstegangs akut myokardieinfarkt (1. AMI), ville potentielt kunne reddes ved et sundhedstjek efter Ebeltoftmodellen.

MATERIALE OG METODER

Vi gennemgik hospitalsjournalerne for 605 konsekutive patienter, som i 2011 blev indlagt med 1. AMI på tre hospitaler i Region Midtjylland. I alt 172 blev ekskluderet pga. kendt hjerte-kar-sygdom, diabetes og/eller manglende data. De resterende 433 patienter blev risikostratificeret i henhold til såvel de nugældende som de tidligere kliniske retningslinjer, der begge anbefaler, at forebyggende medicinsk behandling bør overvejes hos yngre personer med en Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE) $\geq 5\%$ og ældre med en SCORE $\geq 10\%$.

RESULTATER

Kun 40 patienter fik statin før AMI. Efter de nugældende retningslinjer havde fem ud af 109 (5%) patienter ≤ 60 år en SCORE $\geq 5\%$, og 23 ud af 284 (8%) patienter > 60 år havde en SCORE $\geq 10\%$. Alle kandidater til forebyggende statinbehandling var mænd, bortset fra to ældre kvinder. Hvis Danmark i 2012 ikke var blevet omklassificeret fra højrisiko- til lavrisikoland, ville mere end fire gange så mange af de danskere, som ubehandlet udviklede 1. AMI, have kandideret til forebyggende statinbehandling.

DISKUSSION

Få patienter (9%) med 1. AMI er i forebyggende statinbehandling. Blandt de ≤ 60 -årige ville ingen kvinder og mindre end en ud af ti mænd have kandideret til forebyggende statinbehandling efter de nugældende kliniske retningslinjer, hvis de havde gennemgået et helbredstjek efter Ebeltoftmodellen dagen før, de blev syge. De tidligere kliniske retningslinjer sikrede medicinsk forebyggelse til betydeligt flere af dem, som ubehandlet udviklede 1. AMI. Konsekvenserne af den restriktive holdning til forebyggende statinbehandling, som de nye kliniske retningslinjer lægger op til, synes at være forbigået manges opmærksomhed. Dette holdningsskift sker paradoksalt nok på et tidspunkt, hvor »kronikerbyrden« og udgifterne til behandling af manifest hjerte-kar-sygdom er stigende, selv om effektiv, sikker og billig forebyggende medicin er let tilgængelig.

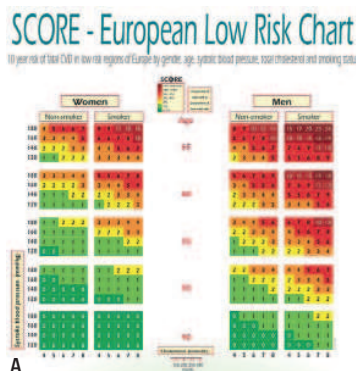
KONKLUSION

Et helbredstjek, hvad enten det er systematisk eller opportunistisk, hvor man kun fokuserer på risikofaktorer for at blive syg, fanger meget få af dem, som bliver det. Vores observationer støtter de nyeste anbefalinger fra det Europæiske Kardiologiske Selskab og den Amerikanske Hjerteforening om at bruge de allerede tilgængelige metoder til påvisning af subklinisk (asymptomatisk) åreforkalkning. Herved kan den forebyggende indsats målrettes til dem, der har størst behov.

KORRESPONDANCE: Martin B. Mortensen, Kardiologisk Afdeling og Institut for Klinisk Medicin, 8200 Aarhus N. E-mail: martin.bodtker.mortensen@ki.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk.

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på danmedj.dk som Dan Med J 2013;60(5):A4629.



SCORE risk in study population.

A. SCORE chart for use in low-risk European countries.