

Risikodomptør

Benny Ehrenreich sidder på 24. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er repræsentant i DSAM og formand for PLO-København samt en erfaren debattør.

En risikotilstand giver ikke symptomer, men varsler mulig sygdom og lidelse på sigt. At vurdere betydningen af den risiko er svært – både for patient og læge. Ofte end jeg behandler manifest sygdom, håndterer jeg risikotilstande af tvivlsom betydning: unge mænd i 40'erne uden relevant anamnese efterspørger PSA-måling, kvinder i 50'erne uden disposition til knogleskørhed spørger om DXA-scanning, alle aldersgrupper ønsker helbredstjek – især mænd uden symptomer, der har fået formanet, at de går for lidt til læge!

Og beboerne på mit plejehjem har mængder af forebyggende medicin mod kolesterol, højt BT, osteoporose, vitaminmangel, blodpropper, m.m., selvom den forebyggende effekt næppe er relevant inden for deres restlevetid. Når jeg foreslår at tage nogle af de mange piller væk, bliver den ældre ikke sjældent bekymret – for den risiko, det medfører!

Der kan være gode grunde til at forebygge alvorlige risikotilstande. I 1950'erne havde man endnu ikke erkendt risikoen ved forhøjet BT. For eksempel blev BT op

til 210/100 mmHg kategoriseret som mild hypertension, der ikke skulle behandles. Framingham-studierne viste imidlertid eklatant effekt på morbiditet og mortalitet ved BT-sænkende behandling. Tilsvarende er rygningsskadelige virkning stadfæstet, og behandling af manifest type 2-diabetes har reduceret risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdom og organsvigt betydeligt. Men screening for "prædiabetes" er uden effekt på sygelighed og død. "Årskontroller" af patienter med diabetes, hypertension eller KOL kan derfor give god mening. Men efterhånden som antallet af risikomarkører og størrelsen på RCT-studier stiger, medfører det statistisk signifikans ved relativt lille behandlingseffekt, så risikobegrebet udtyndes. Dermed risikerer behandlingen at blive en byrde fremfor forbedret sundhed for patienten. Risikotænkningen risikerer med andre ord mentalt at begrænse det gode liv, og måske – kun måske – forlænge det fysiske. En god ven pointerer: "Spørgsmålet er ikke, om der findes et liv efter døden, men om der er et liv før."

I min klinik havde vi et E-kursus, der

Jeg bliver i tvivl om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at udrede og ultimativt behandle tilsyneladende raske patienter, og jeg tager gerne en snak om det.



præsenterede en case: Martin på 45, med systolisk BT=145, totalkolesterol=6,9, let overvægtig, motionerer moderat og ingen familiær disposition til kardiovaskulær sygdom (CVS). Vi diskuterede, hvad hans gevinst ved behandling for det let forhøjede BT mon kunne være, og vi fandt frem til, at hans 10-års risiko for CVS eller død var 4,6 %, mens en mand i samme alder med normalt BT, kolesterol, BMI osv. havde en 10-års risiko på 2,4 %. Det kan Martin næppe opnå. Hvis man følger 100 mænd på Martins alder med mild hypertension og en 10-års risiko på 5 %, vil 5 af dem på 10 år altså få CVS eller dø. Hvis man behandler deres hypertension, sker det for 4,4

mænd! Det vil sige, at der er en relativ risikoreduktion på 12 % og en absolut ditto på 0,6 %.

Prøv selv at lege med tallene på: www.GPevidence.org & www.qrisk.org/index.php eller alternativt: www.u-prevent.com/calculators/results/lifeCvd.

Jeg bliver i tvivl om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at udrede og ultimativt behandle tilsyneladende raske patienter, og jeg tager gerne en snak om det. Nogle bliver forundrede eller irriterede over det, og andre bliver glade. Jeg hører af og til velmenende kolleger påpege: "Der er jo ingen, der takker dig for at lade være med at behandle, hvis patienten får

en blodprop!". Nej, men risikerer jeg ikke til gengæld at gøre mine patienter bekymrede (de fleste uden grund) med al den risikoprofilering? Er det meningsfuldt lægearbejde?

En kær kollega betroede mig en gang: "Den læge, der uden tilsagn tjekker mit kolesterol, sagsøger jeg!". Der er altså nogen, der påskønner, at jeg ikke insisterer på behandling af risikotilstande, men nuancerer problemstillingen. Endnu har jeg ikke fået utak for at undlade behandling. //

