

Vurdering af risiko for kardiovaskulær sygdom hos patienter med psoriasis i almen praksis.

Følges guidelines?

Opgave i forskningstræning - Hold 27, Forskningsenheden for almen praksis

Forfattere: Erik Tilly og Christian Johnsen, Vejleder: Flemming Bro

Introduktion

Psoriasis (PS) er en kronisk, recidiverende, inflammatorisk hudsygdom med velafgrænsede erytematøse, skællende elementer på ekstensorsiderne af ekstremiteter på kroppen og i hårbunden. I Danmark, som i øvrige delen af verden, får 2-3 % af befolkningen PS i løbet af livet. Sygdommen kan debutere i alle aldre, men hyppigst i en alder mellem 15 og 30 år. Det er ingen kønsforskel. Psoriasisartrit (PsA) er en autoimmun, inflammatorisk ledsygdom associeret med hudsygdommen PS og indgår i gruppen af tilstande, som betegnes spondylartropatier. 10 - 30 % af psoriasispatienter får ledsymptomer. PsA debutere ca. 10 år senere end PS, dvs. mellem 30 og 40 år. Årsagen til PS er ikke præcist klarlagt, men årsagen er multifaktoriel og genetiske og immunologiske mekanismer antages at spille en central rolle. Centralt er autoantigener som trigger lymfocytter til dannelsen af cytokiner som indicerer inflammation. Sygdommen viser en familiær ophobning, sandsynligvis polygen arv, med øget PS tendens hos patienter med vævstypeantigenerne HLA-B13, HLA-B17m DR7 og DW6. Hvis en eller to af forældrene har PS er risikoen for at udvikle PS henholdsvis ca. 15-25 % og ca. 50%.ⁱ

Der har været kendt i over 35 år at forekomsten af kardiovaskulære sygdomme (CVD), såsom myokardieinfarkt og apopleksi, er højere hos individer med PS i forhold individer uden PS. Dette skyldes formentlig den kroniske inflammation, som er en væsentlig proces i patfysiologien ved både PS og aterosklerose. Patienter med svær PS har en dødlighed af CVD som er øget med ca. 50 % i forhold til baggrunds befolkningen. Ved svær PS forstås at mindst 10 % af hudoverfladen er involveret. Mindre end 25 % af patienter med PS har det i svær grad.

Patienter med PS har en øget forekomst af traditionelle risikofaktorer for CVD som overvægt, diabetes mellitus, hypertension, dyslipidæmi og rygning. Herudover er svær PS en selvstændig risikofaktor for CVD. Ved svær PS er den relative risiko omkring 1.5 for CVD. For PsA er der ligeledes vist at der forekommer en øget dødlighed pga. CVD. Ved mild og moderat PS er forekomsten af CVD mindre end ved svær PS, dog sandsynligvis større end for individer uden PS. Den øgede risiko for CVD er mest udtalt hos yngre patienter. Med stigende alder aftager betydningen af PS som selvstændig risikofaktor for CVD og den er sædvanligvis negligeabel hos personer på 70 år og derover.ⁱⁱ

I 2011 udkom en rapport fra Dansk Dermatologisk selskab, Dansk Cardiologisk selskab og Dansk Reumatologisk selskab, med anbefalinger for vurdering af risiko for CVD hos patienter med PS og PsA. Man anbefaler at patienter med PS og PsA som minimum bør følge de generelle retningslinjer for kardiovaskulær risikovurdering og intervention. For patienter med svær PsA anbefales en tilpasning af den generelle risikoscore ved at anvende en multiplikationsfaktor på 1.5, dvs. en sidestilling med diabetes mellitus. Kardiovaskulær risikovurdering skal foretages jævnligt afhængigt af patientens risikoprofil. For patienter med svær PS og eller PsA tilstræbes blodtryk $<130/80$ mmHg og LDL kolesterol <2.5 mmol/l. Patienterne skal opfordres til livstilsintervention, omfattende rygestop, kostændring, vægttab og motion.

Det er uvist i hvilket omfang almen praktiserede læger i Danmark følger anbefalingerne for vurdering af CVD risiko for patienter med PS og PsA

Formål

- At belyse hvor stor en andel af patienter med PS og PsA som har fået foretaget CVD risikovurdering i to almen praksis i henholdsvis Bjerringbro og Vildbjerg indenfor 1 år, 3 år, og nogensinde.
- Bestemme CVD risiko for patienter med PS og PsA ved at beregne HeartScore (HS). Beregne korregeret HS, ved at multiplicere HS med 1,5.
- Hvor stor andel af patienterne med $HS \geq 5\%$ er i behandling med lipid og blodtrykssænkende medicin.
- Hvor stor en andel af patienterne med korregeret $HS \geq 5\%$ er i behandling med lipid og blodtrykssænkende medicin.

Vi formoder at anbefalingerne vedrørende vurdering af CVD hos patienter med PS og PsA, endnu ikke er implementerede i almen praksis, på samme niveau som andre kroniske sygdomme, såsom

diabetes. Det er vigtigt at spørgsmålet bliver belyst, således at opsporing og behandling af CVD hos PS og PsA patienter i almen praksis kan blive optimeret og forekomsten af CVD reduceret.

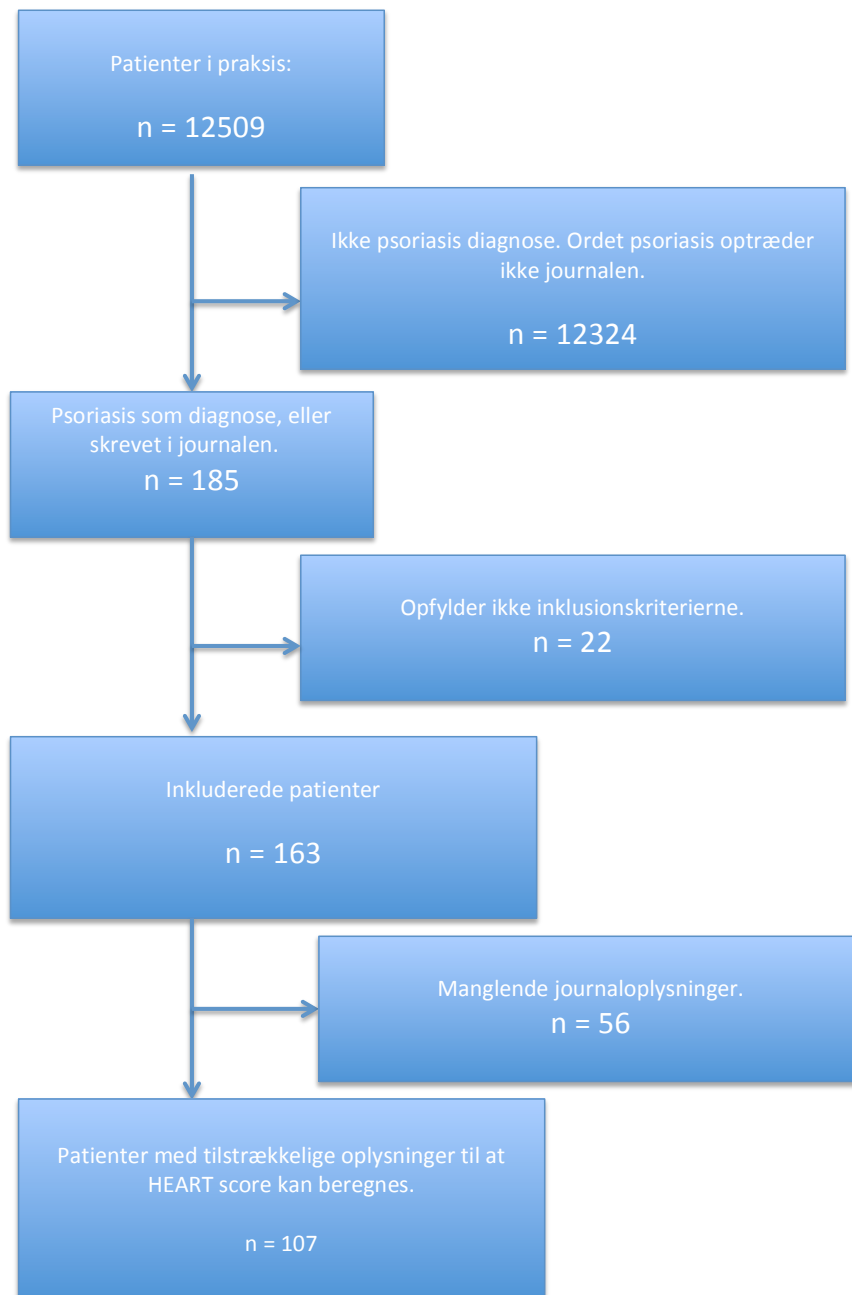
Metode

Vi havde adgang til patientdata fra Lægerne Klinikgården, Bjerringbro og Lægerne i Vildbjerg. De to praksis er beliggende i Region midt i mindre byer med ca. 7500 og 4000 indbyggere.

Lægerne Klinikgården er en praksis i Bjerringbro. Praksis har tilknyttet 7500 patienter fordelt på 5 faste læger. I Bjerringbro benyttes det elektroniske journalsystemet MedWin. Journalnotaterne bliver ikke systematisk påført diagnosekoder. I Bjerringbro forsøgte vi først at lave diagnosesøgning via IPC2-koden for PS, men fandt ingen patienter ved denne søgning. Vi besluttede derfor at finde studiepopulationen ved at foretage en fritekst søgning i alle journaler med søgeordet "psoriasis". Søgeordet identificerede også ordet "psoriasisartrit". I alt blev 74 patienter identificerede.

Vildbjerg er en praksis som består af 3 faste læger. Praksis har aktuelt tilknyttet 5009 patienter fordelt på 3 faste læger. I praksis bruges det elektroniske journalsystemet WinPLC.

Journalnotaterne bliver påført en eller flere diagnosekoder. Patienterne i Vildbjerg blev fundet gennem at foretage en søgning i journal systemet på ICPC-2 diagnosekoden S91. IPC2 I alt blev 111 patienter identificerede.



Figur 1: Flowchart af patient inklusion.

Inklusion:

Der blev foretaget en manuel journalgennemgang af alle patienter. Inklusionskriterier for deltagelse i studiet er: PS eller PsA, tilknyttet praksis, alder ≥ 18 år.

Eksklusion

Patienter blev ekskludere hvis de ikke opfyldte diagnosen PS / PsA, alder <18 år, ikke tilknyttet praksis (passant, fraflyttet eller døde)

Studiepopulation

Den endelige studiepopulation bestod af 163 patienter, 63 og 100 patienter blev rekrutteret fra hhv. praksis i Bjerringbro og Vildbjerg.

Der blev lavet en fornyet journalgennemgang på alle patienter i studiepopulationen. Følgende parametre blev registreret: Blodtryk, køn, kolesteroltal, rygestatus, og alder. Det vil sige alle parametre som danner grundlag for HS. Data blev registreret således, at patienter blev opdelt i grupper i henhold til hvornår patienterne sidst havde fået foretaget målinger som er tilgrundliggende for HS. Inddelingen er HeartScore indenfor 1 år (HS1), indenfor 3år (HS3) og nogensinde (HSN). Indholdet i grupperne er akkumuleret, hvorfor patienterne med oplysninger indenfor det sidste år (HS1) også er inkluderet i gruppen indenfor for 3 år (HS3), og disse er igen inkluderet i gruppen indenfor for 5 år(HSN).

Vi gennemgik endvidere patienternes epikriser, for at finde ud af hvorvidt de blev behandlet på reumatologiske eller dermatologiske specialafdelinger. Hvis det fremgik at patienterne havde fået foretaget en måling, blev denne brugt til beregning af HS, medmindre den pågældende patient havde fået foretaget en nyere målinger i praksis.

Tobak

Rygestatus er registreret for alle inkluderede patienter som enten aktivt rygende, ikke rygende eller ej oplyst. Det har været svært at registrere rygestatus ud fra journaloplysningerne da flere patienter stopper og starter så igen. På baggrund af dette besluttede vi kun at bruge registrering af rygestatus indenfor det seneste år. Dette har betydet et stort antal med ukendt rygestatus. Disse er ved beregning af HS registreret som værende ikke rygende.

HeartScore

Heart(Systematic COronary Risk Evaluation) er et scoringsredskab som er udviklet af European Society of Cardiology (ESC).ⁱⁱⁱ Det er tiltænkt som et redskab der kan hjælpe klinikerne med at vurdere patientens kardiovaskulære risiko. Det er udviklet på baggrund af et stort datasæt fra 12 EU lande. Det er et værktøj som beregner 10 års risikoen for at en person vil få en fatal CVD. Vi brugte en online kalkulator på www.HeartScore.org. Vi brugte den kalkulator som beregner CVD risikoen for "lav risiko lande", da Danmark betegnes som lavrisiko land. For patienter under 60 år er 10 års risikoen for fatal CVD lav. Når patienterne bliver ældre stiger risikoen markant.

Patogenesen bag den aterosklerotiske proces er ikke fuldstændigt klarlagt. Det vides ikke hvor lang tid et aterosklerotisk plaque tager om at udvikles. Processen er formentligt langvarig, og hvis man estimerer 20-30 år kan det betale sig at intervenere tidligt overfor kendte risikofaktorer, for at forebygge CVD.

For patienterne som er under 60 år, blev HS beregnet med at bruge alderen 60 år. Dette fordi at vi er interesserede i at nedsætte patientens livstidsrisiko for CVD. 10 års estimatet er ikke særligt relevant ved de yngre patienter, da vi jo ønsker at nedsætte livstidsrisikoen for CVD.

Det vurderes at patienternes risiko for alvorlig CVD er 3-4 gange højere end den beregnede HS – da risikoen jo kun dækker endepunktet død.

Patienter over 65 år har formentligt en risiko som er højere end den beregnede HS. Det skyldes at alderen ligger over programmets beregningsalgoritme.

Patienter med CVD; Diabestes I med proteinuri, DMII og patienter med særligt høje enkelte risikofaktorer falder ligeledes udenfor programmets algoritme. De har forhøjet risiko for CVD og skal behandles som sådan. Det har vi ikke taget højde for i vores undersøgelse.

Vi inddelte patienter i kategorierne: Lav til moderat risiko, **HS på 1- <5%**. Høj risiko, **HS $\geq$ 5%**.

Efterfølgende beregnede vi en ny HS på alle patienter gennem at multiplicere HS med 1.5. Denne korrigerede HS medregner den øgede CVD risiko for patienter med PS.

For patienter med høj til meget høj risiko, samt for patienter som skiftede fra moderat til høj risiko, ved den modificerede beregning, registrerede vi hvorvidt patienten var i behandling med blodtryks- og kolesterol-sænkende medicin.

Patientdata er registreret i et regneark således at vi har kunnet finde tilbage til den enkelte patients CPR-nummer, eksempelvis for at finde medicinoplysninger.

Analyse

STATA 13.1 er benyttet til at beregne gennemsnit og confidensintervaller (CI) for blodtryk og kolesterol efter det er undersøgt at disse data er normalt fordelt.

Det vurderes at gennemsnit og range er mere oplysende for alderen end gennemsnit og CI.

Patienter hvor der beregnes HS over 5% vurderes muligvis at kunne profitere af medikamentelbehandling til at sænke risikoen for CVD. Derfor har vi søgt oplysninger i FMK om behandling med kolesterol-, blodtryks- sænkende medicin.

Resultater

Vi søgte sammenlagt på 12509 patienter i de 2 praksis som begge kan karakteriseres som landpraksis om som ligner hinanden fint i størrelse. Vi fik inkluderet 63 og 100 patienter fra hhv. Bjerringbro og Vildbjerg. Hvis vi regner med en prævalens af PS på 2% ville vi have forventet at finde ca. 250 patienter med PS. Der er lidt flere kvinder inkluderet end mænd i undersøgelsen. Særligt i Vildbjerg er der overvægt af kvinder. Gennemsnitsalderen for de inkluderede er 53 år med en range på 23-86. Der er ca. 10 % rygere i begge praksis. Kolesterol og blodtryk er sammenlignelige i de to praksis da confidensintervallerne overlapper.

Tabel 1: Inkluderede patienter

	Bjerringbro	Vildbjerg	Total
Patienter (n)	7500	5009	12509
Inkluderede (n)	63 (0,8)	100 (1,9)	163(1,3)
Mandligt køn (n)	32 (0,51)	40 (0,40)	71 (0,44)
Alder, gennemsnit; år	54 (23-86)'	51(18-85)'	53(18-86)'
Tobak ja/nej/ukendt	6/16/41	11/46/43	17/62/84
Rygning som riskikofaktor (%)	6/63 (9,5)	11/100(11)	17/163(10)
Cholesterol (mmol/L)	4,64(4,31-4,98)''	4,97(4,70- 5.23)''	4,8 (4,61-5,04)''
Blodtryk	133(128-137)''	134,7(131-138)''	134(131-136)''

Tabel 1. (.) – Angiver procent hvis ikke andet er angivet. (.)' – Range. (.)'' Gennemsnit og confidensinterval.

HeartScore

Vi finder at i alt 107 patienter med mulighed for at beregne HS i de to praksis kombineret. Dette svarer til 66 % af de inkluderede. HS indenfor 1 og 3 år kan beregnes for hhv. 27 % og 45% af patienterne. Der er tendens til at patienterne bliver undersøgt hyppigere i Bjerringbro end i Vildbjerg.

Der findes forhøjet HS ($\geq 5\%$) ved i alt 17 af de 107 undersøgte svarende til 16 %. Der er ca. dobbelt så mange med en risiko $\geq 5\%$ i Bjerringbro sammenlignet med Vildbjerg. Det ses at forskellen primært findes i HS foretaget indenfor det seneste år (HS1), og at denne så medregnes når man kigger på HS3 og HSN.

Ved beregning af korrigeret HS findes 22% af patienterne at have risiko $\geq 5\%$.

Tabel 2: HeartScore

	Bjerringbro	Vildbjerg	Total
HS1 [#]	20 (32%)	24(24%)	44(27%)
HS3 [#]	36(57%)	38(38%)	74(45%)
HSN [#]	47(74%)	60(60%)	107(66%)
HS1≥5%	5/20 (25%)	2/24(8%)	7/44(15%)
HS3≥5%	9/36(25%)	6/38(16%)	15/74(20%)
HSN≥5%	10/47(21%)	7/60(12%)	17/107(16%)
Korrigeret HS''	13/47(28%)	11/60(18%)	24/107(22%)

Tabel 2: [#]Andel af patienter hvor det er muligt at lave HS. ''Korrigeret HS: Antal patienter med HS≥ 5% når risikofaktor på 1,5 multipliceres.

Af patienterne med HS ≥ 5% findes det at 24 % er i behandling med statin og blodtryksmedicin.

Der er tendens til at flere patienter er i medicinsk behandling Bjerringbro end i Vildbjerg.

Af patienterne med korrigeret HS ≥ 5% er 33 % i behandling med både statin og blodtryksmedicin.

Tabel 3: HeartScore ≥ 5% - medicinsk behandling.

	Bjerringbro	Vildbjerg	Total
Statin	4/10(40%)	2/7(29%)	6/17(35%)
Blodtryksmedicin.	5/10(50%)	2/7(29%)	7/17(41%)
Statin + BT medicin	2/10(20%)	2/7(29%)	4/17(24%)
Korrigeret HeartScore ≥ 5% - medicinsk behandling.			
Statin	7/13(54%)	4/11(36%)	11/24(46%)
Blodtryksmedicin	8/13(62%)	4/11(36%)	12/24(50%)
Statin + BT medicin	5/13(38%)	4/11 (36%)	8/24(33%)

Diskussion

Vi fandt i vores undersøgelse at 66% af de inkluderede PS patienter nogensinde havde fået lavet de undersøgelser der skal bruges for at kunne vurdere risikoen for CVD ud fra HS. Når vi kiggede på antallet indenfor 1 og 3 år var det hhv. 27% og 45 %.

Vi gennemførte HS beregning på alle patienter hvor det var muligt. Vi fandt at 16 % af de undersøgte havde en $HS \geq 5\%$, hvor man vanligtvis vil overveje at intervenere med medicinsk behandling, hvis man ikke kan nå lavere risiko ved livsstilsændringer.

Journalerne på disse patienter undersøgte vi og vurderede hvorvidt der var iværksat relevant medicinsk behandling. Da patienter med svær PS vurderes at have risiko svarende til patienter med DMII, mener vi, at relevant medicinsk behandling er en kombination af kolesterol- og blodtryks- sænkende medicin.

Vi fandt at 76 % af patienterne med $HS \geq 5\%$ ikke var i denne behandling. Dette virker som et meget højt tal. Sværhedsgraden af PS kendes ikke, men tidligere undersøgelser viser dog at risikoen også er forøget i mindre grad ved mild og moderat PS. Vi mener at disse patienter er underbehandledede og i større udstrækning burde være i medicinsk behandling. Årsagen er formentligt at praktiserende læger ikke er opmærksomme nok på PS som selvstændig risikofaktor. Alternativt kender de praktiserende læger vejledningen fra 2012, men betragter ikke patienternes PS som svær, og deres forøgede risiko vurderes dermed med en faktor $<1,5$.

Vi har ikke undersøgt hvorvidt patienterne med en $HS < 5\%$ er i medicinsk behandling. En tredje mulighed er således, at vi har overset patienter i denne gruppe, som rent faktisk er i medicinsk behandling. Endeligt kan patienterne jo have frabedt sig behandling med statin og blodtryksmedicin.

Den korrigerede risikoberegning medførte at yderligere 7 patienter fik høj risiko for CVD. Dette svarer til en øgning på 6% forhold til den ikke korrigerede risiko, eller sammenlagt 22 % af patienterne hvor der kunne beregnes en HS. Disse patienter var i vores undersøgelse mere intensivt behandlede med medicin end dem med $HS \geq 5\%$, Dette var overraskende.

Svagheder

Vi har lavet et tværsnits-, register-studie. Vi har derfor ikke kunnet vurdere sværhedsgraden af patienternes PS. Vi valgte derfor at beregne en korrigeret HS for patienterne svarende til risikoen for patienter med svær PS. Dette overvurderer risikoen for de patienter der kun har mild PS, men det har vi ikke kunnet tage højde for i denne undersøgelse.

Vores patientpopulationer og resultater varierer i de to praksis, og det gør det svært at overfører resultaterne fra vores undersøgelse til Almen Praksis generelt. Som eksempler på forskelle imellem de inkluderede grupper kan nævnes; uens inklusions hyppighed, ujævn kønsfordeling, ujævn screeningsintensitet og ujævn behandlingsintensitet. Det efterlader stor risiko for selektionsbias. Det havde måske givet et mere homogent billede hvis vi havde kunnet inkluderet flere patienter.

Vi har anvendt HS til at vurdere risiko for CVD. Dette er nok ikke optimalt når man laver et tværsnitsstudie som dette. HS er udviklet til beregning af risiko inden patienten sættes i behandling – og risikoprofilen ændrer sig når en behandling er iværksat.

Et eksempel på at dette er et problem kan ses i vores resultater. De bedst behandlede patienter er dem med HS <5%, men korrigeret HS ≥ 5%. Disse patienter mener vi er behandlet ned i et lavere niveau, end det udgangspunkt de havde da de startede medicinsk behandling. Når vi ikke har tidsperspektivet med i undersøgelsen kan konklusionen hurtigt blive forkert. I dette tilfælde altså at de mest intensivt behandlede patienter er dem der har moderat risiko for CVD, og ikke dem med forhøjet risiko, som det ville være vores logiske slutning.

Styrker

Vi har prioriteret at få så mange patienter som muligt med i undersøgelsen. Vi har udelukkende inkluderet patienter hvor vi er sikre på PS diagnosen. Vi har haft adgang til et stort journalmateriale med tilhørende biokemi. Vi har ved journalgennemgangen sikret diagnosen ved 1,3 % af patienterne, som er blevet inkluderet. Dette synes vi er tilfredsstillende da baggrundsbefolkningen ifølge dansk PS forening har en prævalens af PS på 2-3%.

Vi har ikke fokuseret på forskelle imellem patientgrupperne i de to praksis, da vi har fundet det mere interessant at se på gennemsnittet af de to praksis, da vi på denne måde har kunnet arbejde med et større patientgrundlag.

Perspektivering

Det er kendt at PS og PsA patienter har øget risiko for CVD, men sammenhængen imellem sværhedsgrad og risikofaktor er ikke grundigt belyst. DDS, DRS og DCS udarbejdede i 2010 en vejledning til vurdering af risikofaktorer for CVD, ved patienter med PS og PsA. Denne vejledning anbefaler at patienterne med PS og PsA som minimum følger de generelle retningslinjer for CVD risikovurdering og intervention. Ved svær PS anbefales det at multiplicere risikoen med faktor 1,5. Denne retningslinje burde være implementeret i det danske sundhedsvæsen på nuværende tidspunkt – men det er ikke tilfældet. I artiklen ”patienter med psoriasis har øget kardiovaskulær sygdom”, skriver PR Hansen, at patienter med svær PS er dårligere behandlet end baggrundsbefolkningen. Han skriver også om patienter opført i DERMBIO^{iv} – altså nok dem med den sværeste PS, og som med sikkerhed følges på de dermatologiske afdelinger. At de er signifikant dårligere farmakologisk behandlet end baggrundsbefolkningen, når det gælder modifikation af risikofaktorer for CVD. (hypertension, hypercholesterolæmi, diabetes). Dette stemmer fint overens med vores fund, som bekræfter at 76 % af patienterne med forhøjet HS ikke er i behandling med BT- og kolesterol-sænkende medicin.

Samlet konklusion og klinisk betydning

Vi finder oplysninger i journalerne på 66% af PS patienterne der muliggør risikoscreening for CVD ved HS. Dette mener vi adækvat tal og afspejler den almindelige patient i praksis godt og tænker at andelen er passende høj når man kigger på alders-, kolesterol- og BT-værdierne. Dette mener vi skyldes at man i de 2 undersøgte praksis har haft fokus på at opspore patienter med forhøjet risiko for CVD om de har psoriasis eller ej. Vi finder at 24% af patienterne med HS $\geq 5\%$ er i behandling med både statin og blodtryksmedicin, hvilket vi synes er for få patienter. Når vi

korregerer for PS som selvstændig risikofaktor vil disse patienters 10 års risiko for at dø af CVD sygdom stige til minimum 7,5 % - hvilket trækker endnu tungere i retning af medicinsk intervention.

Det er både i praksis og i sekundær sektoren at man skal være opmærksom på psoriasispatienternes forøgede risiko for CVD. De sværest syge patienter vil typisk blive fulgt på dermatologiske afdelinger, hvorfor man der bør være særligt opmærksom. Hovedparten af PS patienter følges dog i almen praksis, og tidligere undersøgelser tyder på at også mild og moderat PS har en forøget risiko for CVD, men størrelsen af denne har vi ikke kunnet finde oplysninger om. Derfor er det også på sin plads at den praktiserende læge i sin samtale med patienten omkring KRAM faktorer også overvejer PS som risikofaktor. Det vedvarende inflammatoriske respons ved PS øger, ligesom det er tilfældet ved reumatoid arthritis og andre inflammatoriske lidelser, risikoen for CVD.

Referencer

ⁱ www.lægehåndbogen.dk

ⁱⁱ Anbefalinger for vurdering af risiko for kardiovaskulær sygdom hos patienter med Psoriasis og Psoriasisartrit
Rapport udvalgt nedsat af Dansk Dermatologisk Selskab, Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Reumatologisk Selskab
<http://www.dds.nu/index/guidelines/>

ⁱⁱⁱ <http://www.Heartscore.org>

^{iv} Hansen P S. Patienter med psoriasis har øget risiko for kardiovaskulær sygdom-Nye danske registerdata.
BestPractice, Hjerte-Kar-Sygdomme, 2014; 11: 13-17

Protokol**Forskningsspørgsmål:**

- At belyse hvor stor en andel af patienter med psoriasis(PS) og psoriasisartrit (PsA) som har fået foretaget CVD risikovurdering i to almen praksis i henholdsvis Bjerringbro og Vildbjerg indenfor 1 år, 3 år, og nogensinde.
- Bestemme CVD risiko for patienter med PS og PsA ved at beregne HeartScore (HS). Beregne korregeret HS, ved at multiplicere HS med 1,5.
- Hvor stor andel af patienterne med $HS \geq 5\%$ er i behandling med lipid og blodtryksnænkende medicin.
- Hvor stor en andel af patienterne med korregeret $HS \geq 5\%$ er i behandling med lipid og blodtryksnænkende medicin.

Baggrund/Formål

PS er en selvstændig risiko faktor for CVD og patienter med svær PS har en forøget risiko faktor på 1.5 for at udvikle CVD. I 2011 udkom en fælles anbefaling fra DDS, DRS og DCS angående opsporing og behandling af CVD hos PS patienter. Det er uvist i hvilket omfang praktiserede læger i Danmark følger retningslinjerne og vi formoder at området kan forbedres.

Formålet med dette studie er, at belyse hvor mange patienter med PS som har fået foretaget CVD risikovurdering i to almen praksis i henholdsvis Bjerringbro og Vildbjerg indenfor 1 år, 3 år og nogensinde. Vi vil bestemme 10 års risikoen for fatal CVD gennem at beregne HS for alle patienter. Vi vil undersøge hvor stor andel af patienterne med $HS \geq 5\%$ som er i behandling med lipid og blodtryksnænkende medicin. Til sidst vil vi beregne en korregeret HS, ved at multiplicere HS med 1.5, og undersøge hvor stor en andel af patienterne med korregeret $HS \geq 5\%$ som er i behandling med lipid- og blodtryks- nænkende medicin.

Dette emne er vigtigt at få belyst, således at opsporing og forebyggelse af CVD ved psoriasispatienter kan optimeres. I sidste ende kan det føre til at forekomsten af CVD ved psoriasispatienter reduceres.

Materiale og metode

PS patienter identificeres i de to praksis ved at søge i journalsystemet på ICPC-2 diagnosekoden S91 PS, alternativt fritekst søgning på PS. Efterfølgende foretages inklusion/eksklusion ved journalgennemgang hvor diagnosen bekræftes. Det registreres om patienterne har fået foretaget CVD risiko vurdering indenfor 1 år, 3 år eller nogensinde. Kolesterol, systolisk blodtryk, rygestatus og medicinforbrug registreres. HS beregnes for alle patienter ved at bruge online kalkulator. Efterfølgende beregnes en korregeret HS for PS patienter gennem at multiplicere HS med 1.5. Vi vil bruge statistik programmet STATA til data analyse.

Tidsplan

Maj og juni: indsamling af data. Færdigt den 25. juni

Juli, august, september: analyse af data samt opgaveskrivning.