



**FoUII-centrum  
Fyrbodol**

## Prevention av hjärt- kärlsjukdomar med Ezetimib

Sebastian Grandin, ST läkare i  
allmänmedicin

Närhälsan Tanumshede vårdcentral

Rapportnummer 2025-21

**Rapport 2025:21**

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/284920>

Utförd i kurs Vetenskapligt Förhållningsätt  
FoUII-centrum Fyrbodal

**Handledare:**

Anna Bergenheim, docent  
FoU primär och nära vård Fyrbodal.

Malin Östman, fil. dr  
FoU primär och nära vård Fyrbodal.

# Sammanfattning

Kardiovaskulär sjukdom är en ledande orsak till sjukdom och tidig död. Det är möjligt att minska förekomsten genom olika förebyggande åtgärder. För patienter med ökad risk är lipidsänkande medicinering med statiner och vid behov tillägg med Ezetimib en etablerad behandling. Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka effekten av Ezetimib som tilläggsbehandling till statinbehandling, jämfört med enbart statinbehandling, avseende risken att drabbas av hjärtinfarkt, stroke och dödlighet oavsett orsak. Artikelsökning i PubMed efter artiklar från senaste året resulterade i 107 artiklar varav sex bedömdes relevanta; en metaanalys av randomiserade kliniska studier (RCT) och observationsstudier samt fem observationsstudier. Det är svårt att dra slutsatser om hur stor riskminskningen är i denna litteraturstudie. Resultatet antyder att tilläggsbehandling med Ezetimib åtminstone motsvarar effekten av dosökning med statiner. Studierna byggde på ett stort urval av patienter från olika riskgrupper. Då det är mestadels observationsstudier finns det osynliga störfaktorer som kan ha påverkat resultaten. Litteraturstudien utfördes inte systematiskt varför resultatet ska tolkas med försiktighet.

## Kort populärvetenskaplig sammanfattning

En icke-systematisk litteraturstudie, med syfte att undersöka hur risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdom påverkas med Ezetimib som tilläggsbehandling till statiner. Denna litteraturstudie antyder att tilläggsbehandling med Ezetimib möjligtvis kan ge en minskad risk för hjärtinfarkt, stroke och tidig död. Resultatet ska tolkas med försiktighet.

### *Nyckelord*

Kardiovaskulära sjukdomar, hjärtinfarkt, stroke, lipidsänkande medel, Ezetimib, Ezetrol.

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	1
Syfte.....	1
Metod .....	2
Resultat .....	2
Diskussion.....	4
Konklusion/slutsats.....	6
Referenser .....	7

## Bilaga 1

# Introduktion

Kardiovaskulär sjukdom är den globalt ledande orsaken till död enligt Världshälsoorganisationen (WHO). Framför allt hjärtinfarkt och stroke står för den största delen av kardiovaskulär sjukdom. Flera möjliga preventiva åtgärder rekommenderas på samhälls- och individnivå, varav identifiering och behandling av riskpatienter i primärvården är en del (1,2). Den personliga risken att drabbas kan uppskattas utifrån flera faktorer inkluderat ålder, livsstil, ärftlighet, tidigare kardiovaskulär sjukdom, kronisk njursvikt, diabetes, blodtrycksnivå och koncentration av lågdensitetslipoproteiner (LDL). Utifrån riskfaktorerna delas patienter in i låg till mycket hög kardiovaskulär riskgrupp enligt internationella lipidriktlinjer från European Society of Cardiology (ESC). Beroende på riskgrupps- och LDL nivå finns riskspecifika individuella mål för minskning av LDL. Livsstilsintervention rekommenderas till alla vilket kan minska LDL nivån något. För många patienter rekommenderas blodfettssänkande medicinering där statiner är förstahandsval för att nå målet (2). Dosering för statinbehandling kan delas in i låg, måttlig och hög dos (bilaga 1) där måttlig dos motsvarar en LDL minskning med 30–50 % (3).

Ezetimib som hämmar kolesterolupptaget i tarmarna har en annan verkningsmekanism än statiner. Ezetimib finns enbart i styrkan 10 mg. Tillägg med Ezetimib jämfört med dosdubbling av statiner, ger större LDL minskning utan signifikant ökad risk för allvarliga biverkningar (2,4). Tilläggsbehandlingen medför en minskad risk för hjärtinfarkt och stroke hos patienter med hög risk, enligt en metaanalys från Cochrane 2018 (5). Det saknades dock evidens angående nyttan vid primärprevention. När det individuella LDL målet inte nås med statiner rekommenderas tilläggsbehandling med Ezetimib (2). För gruppen med hög risk når enbart 25 % LDL målet med enbart statiner och 39 % med tillägg av Ezetimib (6).

Eftersom allt fler rekommenderas tilläggsbehandling med Ezetimib är det av värde för primärvårdsläkaren att så långt som möjligt kunna bedöma effekten av aktuell behandling, bland annat för att väga nytta mot risker samt att prioritera bland andra sjukdomar och behandlingar.

## Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka effekten av Ezetimib som tilläggsbehandling till statiner avseende risken att drabbas av hjärtinfarkt, stroke och dödlighet oavsett orsak, jämfört med enbart statinbehandling.

## Metod

Den 6e februari 2025 användes följande söksträng på PubMed: ("Ezetimibe"[Mesh] or ezetimibe) and ("cardiovascular diseases"[Mesh] or cardiovascular or event or mace or myocardial or ischemic) Filter: Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Study, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Systematic Review, English, from 2023/1/1 - 3000/12/12.

Detta resulterade i 107 artiklar. 30 abstrakt lästes igenom då de hade relevanta titlar. Den senaste systematiska översikten inkluderades. Efter exkludering av originalartiklar med uppföljningstid mindre än 2,5 år och artiklar som fanns med i den systematiska översiktens resultat, kvarstod fem observationsstudier som även ingått i denna litteraturstudie.

## Resultat

Sydhom et al. (7) publicerade 2024 en systematisk översikt och metaanalys för att jämföra de preventiva effekterna av kombinationsbehandling låg/måttlig dos av statin med Ezetimib, jämfört mot monoterapi med statin i hög dos (statindoser bilaga 1). Den systematiska översikten inkluderade sex randomiserade kontrollerade studier (RCT) och nio observationsstudier. Alla studier genomfördes i Ostasien och i huvudsak på patienter med tidigare manifest hjärt-kärlsjukdom. Antal studier i metaanalyserna skiljer sig för olika utfallsmått. Metaanalys för RCT studierna visade inte på någon skillnad mellan grupperna för hjärtinfarkt, kardiovaskulär död och stroke. Av de två observationsstudier som haft en kombination av hjärtinfarkt, stroke, kardiovaskulär död, hjärtsvikt och revaskulering som utfallsmått, var kombinationsterapi associerat med lägre risk (hazardkvot (HR)=0,76, 95 % konfidensintervall (CI) [0,73, 0,80],  $P < 0,01$ ). För de tre observationsstudier som kombinerat utfallsmåtten kardiovaskulär död, hjärtinfarkt och stroke fanns det ingen skillnad. De fem observationsstudierna som undersökt kardiovaskulär död, visade totalt på lägre risk med kombinationsbehandling (HR=0,80, 95 % CI [0,74, 0,88]). Åtta observationsstudier studerade dödlighet oavsett orsak, det var stor spridning mellan studieresultaten (hög heterogenitet) och därför uteslöt författarna en studie för att få låg heterogenitet, riskminskningen kunde ses med kombinationsbehandling både före uteslutning (HR=0,88, 95 % CI [0,80, 0,97]) samt efter uteslutningen av en artikel (HR=0,84, 95 % CI [0,78, 0,91]). Fem observationsstudier undersökte icke fatal stroke, på grund av hög heterogenitet uteslöts en artikel, risken var lägre med kombinationsbehandling före uteslutning av en artikel samt efter (HR=0,81, 95 % CI [0,75, 0,87]). Ingen statistiskt signifikant skillnad kunde ses gällande hjärtinfarkt.

Choo et al. (8) publicerade 2024 en sydkoreansk retrospektiv registerstudie som inkluderat patienter efter genomgången perkutan koronarintervention (PCI) och därefter påbörjat lipidsänkande behandling med god följsamhet. Den kardiovaskulära risken jämfördes mellan en grupp som erhållit statin i måttlig dos ihop med Ezetimib, jämfört med en grupp som fått statin i hög dos. Efter matchning för ålder, kön och flera riskfaktorer fanns det 7,161 patienter i varje grupp. Under en medianuppföljningstid på 2,7 år sågs ingen skillnad avseende dödlighet oavsett orsak, revaskulering och stroke eller en kombination av dessa.

Jung et al. (9) publicerade 2024 en retrospektiv sydkoreansk registerstudie som jämförde den primärpreventiva kardiovaskulära effekten av en kombinationstablett med låg dos av Simvastatin 10 mg med Ezetimib 10 mg, jämfört med statin i måttlig dos. Patienterna hade ingen tidigare känd statinbehandling eller hjärt-kärlsjukdom. Studietiden var 2003 till 2019 och patienterna inkluderades från behandlingsstart och följdes tills ett utfallsmått inträffade eller tills studietidens avslut 2019. Efter matchning avseende ålder, kön och riskfaktorer fanns det 1,687 patienter i varje grupp. Det fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna, vare sig för det primära utfallsmåttet som var en kombination av dödlighet oavsett orsak, hjärtinfarkt och ischemisk stroke eller för något av de separata utfallsmåtten ovan.

Chen et al. (10) publicerade 2024 en retrospektiv registerstudie från Taiwan som jämförde risken att drabbas av hemorragisk stroke bland patienter som fått måttlig dos Pivastatin kombinerat med Ezetimib, jämfört med statin i hög dos antingen Atorvastatin 40 mg eller Rosuvastatin 20 mg. Patienterna hade minst 90 % beräknad följsamhet under 3 månader och genomsnittlig uppföljningstid på  $3,05 \pm 1,66$  år. Efter matchning avseende ålder, kön och riskfaktorer kvarstod en skillnad mellan grupperna. Kombinationsgruppen hade högre frekvens av cancer, ischemisk hjärtsjukdom, högre förskrivning av blodplättshämmare och blodtryckssänkande medicin samt mindre kronisk njursjukdom och ischemisk stroke. I kombinationsgruppen ingick 3,767 patienter och 37,670 patienter i andra gruppen. Det var lägre risk för hemorragisk stroke i kombinationsgruppen (HR = 0,65, 95 % CI 0,44–0,95; 0,74 % vs 1,35 %).

Park et al. (11) publicerade 2024 en retrospektiv registerstudie från Sydkorea som jämförde den primärpreventiva kardiovaskulära effekten av kombinationsbehandling med Ezetimib och statin i antingen en låg eller måttlig dos, jämfört med enbart statin i hög dos, hos patienter med diabetes typ 2. Grupperna matchades för ålder, kön och ett omfattande antal riskfaktorer. Efter matchningsförsök kvarstod en skillnad mellan grupperna. Kombinationsgrupperna hade lägre förskrivning av blodplättshämmande och blodtryckssänkande medicin samt högre triglyceridnivåer jämfört med gruppen med statin i hög dos. Kombinationsbehandling med statin i måttlig dos jämfört med enbart

statin i hög dos visade på en lägre risk avseende det primära utfallsmåttet, att drabbas av antingen hjärtinfarkt, stroke eller död oavsett orsak (HR 0,85, 95 % CI 0,74–0,98), med incidens per 1000 patientår på 10,2 vs 15,2, samt lägre risk för stroke (HR 0,7, 95 % CI 0,52–0,93). Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad avseende hjärtinfarkt eller död oavsett orsak. Det fanns ingen skillnad i utfallen mellan grupperna med Ezetimib kombinerat med statin i låg dos och gruppen med enbart statin i hög dos.

Lewek et al. (12) publicerade 2023 en retrospektiv registerstudie från Polen som jämförde risken att dö oavsett orsak hos patienter som erhållit Ezetimib utöver statinbehandling, jämfört med patienter som fått statinbehandling utan Ezetimib. Patienterna hade vårdats för akut koronart syndrom. Efter matchning för ålder, kön och riskfaktorer fanns det 768 patienter i varje grupp. Gruppen med kombinationsbehandling hade en signifikant lägre risk vid 1, 2 och 3 år samt för hela uppföljningsperioden tillsammans (5,5 % mot 10,8 %)  $P=0,022$ ; absolut riskreduktion (ARR) 5,3 %; numbers needed to treat (NNT)=19)

## Diskussion

De sex inkluderade studierna påvisade i varierande grad, minskad risk för kardiovaskulär sjukdom med Ezetimib som tillägg till statiner. Studierna har olika populationer, interventionsdoser av statinbehandling och utfall vilket medför en svårighet vid jämförelse. Lewek et al. (12) jämförde två grupper med okänd statindos i Polen. Resterande fyra observationsstudier (8–11) och en systematisk översikt (7), jämförde kombinationsbehandling med Ezetimib och statin i en lägre dos, jämfört med monoterapi med statin i högre dos, i en östasiatisk population. När alla utfallsmått klumpades ihop, påvisade metaanalysen av observationsstudier (7) och en originalartikel (11) minskad risk med kombinationsbehandling, medan två originalstudier (8–9) och metaanalys av RCT (7) inte påvisade någon skillnad. För de enskilda utfallsmåtten hjärtinfarkt, stroke och dödlighet påvisades antingen minskad eller oförändrad risk (7–11).

Det är svårt att dra slutsats om riskminskningen utifrån resultaten men sammantaget visar inkluderade artiklar att tilläggsbehandling med Ezetimib åtminstone motsvarar effekten av dosökning med statiner.

Avsaknaden av stora RCT med lång uppföljningstid kan vara en möjlig förklaring till olika resultat avseende metaanalys av RCT och observationsstudier. Observationsstudier innehåller även osynliga störfaktorer som kan påverka resultaten. Behandlande läkare som följer upp patienterna mer intensivt, avseende andra sjukdomar och behandlingar har fler tillfällen att skriva ut Ezetimib. Möjligtvis erbjuds skörare patienter lägre dos statiner med kombinationsterapi på grund av ökad biverkningsrisk. Följsamheten till behandlingen kan även påverkas av vald intervention. Det är oklart om patienter som accepterar

tilläggsbehandling är mer eller mindre accepterade gällande andra preventiva åtgärder. Medan patienterna med kombinationsbehandling var allmänt sjukare i Chen et al. (10) hade gruppen med statin i hög dos i Park et al. (11) flera preventiva mediciner. Detta kan medföra att Ezetimib-effekten underskattas, men samtidigt har dessa mediciner sannolikt satts in på grund av högre risk för hjärt-kärlsjukdom, vilket i sin tur kan bidra till överskattning av resultaten. Generellt i dessa observationsstudier har en låg andel av populationen erhållit Ezetimib vilket stärker risken för selektionsbias.

En svaghet med den systematiska översikten var att studier med måttliga eller påtagliga kvalitetsbrister inkluderats i analyserna, men dessa studier har haft mycket låg vikt på de resultaten som rapporterats här. De var även tvungna att göra flera olika metaanalyser, då inkluderade studier haft små skillnader i rapporterade utfall. Detta gör det svårt att väga styrkan av en metaanalys som visat positivt utfall, jämfört med relativt liknande metaanalys som inte visat någon skillnad. De hade även hög heterogenitet i resultaten vilket minskade när de uteslöt en studie. Författarnas tolkning var att det avvikande resultatet berodde på olika interventionsdoser i form av Atorvastatin 40 mg jämfört mot Simvastatin 20 mg kombinerat med Ezetimib, samt att följsamheten till interventionen var sämre.

Artikelurvalet försvagades även av att författarna inte fann fulltext för 35 artiklar (7).

En jämförelse av statin bland olika folkgrupper har påvisat att samma dos statin hos asiater ger större LDL minskning och ökad risk för biverkningar jämfört med andra populationer (13). Detta innebär att den studerade populationen i högre grad närmat sig max dos av statin, varför ytterligare dosökning möjligen kan vara mindre effektiv eller orsaka sämre följsamhet på grund av möjliga biverkningar.

Lewek et al. (12) påvisade en minskad risk att dö oavsett orsak för patienter som förskrivits statinbehandling kombinerat med Ezetimib, jämfört med enbart statinbehandling efter akut koronart syndrom i en polsk population. Tidigare Cochrane metaanalys (4) har dock inte kunnat påvisa någon skillnad avseende dödlighet för tilläggsbehandling med Ezetimib. Möjligen kan det bero på Lewek et al. (12) studerat en population med extremt hög risk och uteslutit en mycket stor del av populationen då LDL värden saknades. Det fanns heller ingen uppgift om skillnader i statindoser eller om lipidsänkande behandling före studietiden eller justering av behandling efter sjukhusvistelsen. Patienterna med enbart statinbehandling var generellt sjukare vilket man matchat för men det kan ha kvarstått andra icke tillgängliga sjukdomsmarkörer.

Ursprungsmålet i den här litteraturstudien var att undersöka nyttan med monoterapi med Ezetimib alternativt kombinationsbehandling som primärprevention. Dock genererade initiala litteratursökningar enbart en

studie om monoterapi med Ezetimib. Antagligen kan det bedömas oetiskt att inte erbjuda grundbehandling med statiner i RCT studier samt att monoterapi med Ezetimib är för sällsynt för att kunna genomföra relevanta observationsstudier. De flesta studier har gjorts på patienter med hög risk och då oftast som sekundärprevention. För att genomföra en RCT studie på patienter med lägre risk för utfallen, behövs ett större antal patienter, vårdgivare och längre uppföljningstid, vilket gör det mer kostsamt och komplicerat. För denna litteraturstudies begränsade omfattning var det svårt att skapa en bra söksträng med ett tillräckligt antal studier om primärprevention utan att få ett överväldigande antal av titlar och abstrakt att gå igenom. Då det finns ett stort antal publikationer avseende Ezetimib har många olika filter applicerats för att kunna genomföra en hanterbar och rättvis litteratursökning. Litteratursökningen utfördes också i enbart en databas. Detta medför att flera relevanta studier kan ha missats i sökningen och att resultatet ska tolkas med försiktighet. Det finns ett behov för bredare genomsökning av flera databaser och statistiska analyser för att om möjligt kunna ge bättre svar om hur stor nytta Ezetimib ger. Därtill har flera av inkluderade artiklar även tittat på biverkningar, vilket borde ingå i en sådan analys för bättre klinisk vägledning.

Utifrån tidigare metaanalys finns det en minskad risk för kardiovaskulär sjukdom med kombinationsbehandling hos patienter med känd hjärt- och kärlsjukdom (4). Det går inte utifrån denna litteraturstudie att säga exakt hur stor nytta Ezetimib ger eller dra någon exakt gräns hur stor risk en patient bör ha, för att kunna rekommendera sådan behandling. Lipidriktlinjerna (2) refererar till att en LDL minskning med 1 mmol/l med lipidsänkande behandling medför 21–25 % riskminskning för kardiovaskulär sjukdom. Denna uträkning bygger i stort på artiklar med statinbehandling. Enbart en studie inkluderades med Ezetimib hos patienter med extremt hög risk, vilket medför en begränsning att beräkna hur stor riskminskning Ezetimib ger för varje LDL minskning med 1 mmol/l (14). Resultatet i den här litteraturstudien visar att man möjligtvis skulle kunna överväga Ezetimib som ett alternativ, när doshöjning av statiner är indicerat.

## **Konklusion/slutsats**

Ezetimib som tilläggsbehandling till statinbehandling kan möjligtvis vara lika effektiv som dosökning av en statin avseende riskminskning för hjärtinfarkt, stroke och dödlighet oavsett orsak. Litteraturstudien utfördes inte systematiskt och därför ska resultatet tolkas med försiktighet.

## Referenser

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. [uppdaterad 2021-06-11, citerad 2025-03-12]. Hämtad från [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L et al. ESC Scientific Document Group, 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), *Eur Heart J*. 01 januari 2020;41(1):111–188.
3. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 18 juni 2019;139(25):e1046–e1081.
4. Phan BA, Dayspring T, Toth P. Ezetimibe therapy: mechanism of action and clinical update. *Vasc Health Risk Manag*. 2012;8:415-427.
5. Zhan S, Tang M, Liu F, Xia P, Shu M, Wu X. Ezetimibe for the prevention of cardiovascular disease and all-cause mortality events. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;11(11):CD012502.
6. Ray KK, Aguiar C, Arca M, Connolly DL, Eriksson M, Ferrières J et al. The SANTORINI Study Investigators, Use of combination therapy is associated with improved LDL cholesterol management: 1-year follow-up results from the European observational SANTORINI study, *EJPC*. 01 oktober 2024;31(15):1792–1803.
7. Sydhom P, Al-Quraishi B, El-Shawaf M, Osman MT, Naji N, Awwad N et al. The clinical effectiveness and safety of low/moderate-intensity statins & ezetimibe combination therapy vs. high-intensity statin monotherapy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*. 20 november 2024;24(1):660.
8. Choo EH, Moon D, Choi IJ, Lim S, Lee J, Kang D et al. Efficacy and diabetes risk of moderate-intensity statin plus ezetimibe versus high-intensity statin after percutaneous coronary intervention. *Cardiovasc Diabetol*. 05 november 2024;23(1):396.
9. Jung M, Lee BJ, Lee S, Shin J. Low-Intensity Statin Plus Ezetimibe Versus Moderate-Intensity Statin for Primary Prevention: A Population-Based Retrospective Cohort Study in Asian Population. *Ann Pharmacother*. December 2024;58(12):1193-1203.
10. Chen PS, Lin JL, Lin HW, Lin SH, Li YH. Risk of Hemorrhagic Stroke among Patients Treated with High-Intensity Statins versus Pitavastatin-Ezetimibe: A Population Based Study. *Tohoku J Exp Med*. 28 juni 2024;263(2):105-113.

11. Park SY, Jun JE, Jeong IK, Ahn KJ, Chung HY, Hwang YC. Comparison of the Efficacy of Ezetimibe Combination Therapy and High-Intensity Statin Monotherapy in Type 2 Diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 17 juni 2024;109(7):1883-1890.
12. Lewek J, Niedziela J, Desperak P, Dyrbuś K, Osadnik T, Jankowski P et al. Intensive Statin Therapy Versus Upfront Combination Therapy of Statin and Ezetimibe in Patients With Acute Coronary Syndrome: A Propensity Score Matching Analysis Based on the PL-ACS Data. *J Am Heart Assoc.* 19 september 2023;12(18):e030414.
13. Liao JK. Safety and efficacy of statins in Asians. *Am J Cardiol.* 01 februari 2007;99(3):410-414.
14. Silverman MG, Ference BA, Im K, Wiviott SD, Giugliano RP, Grundy SM et al. Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 27 september 2016;316(12):1289–1297.

Statiners olika doser indelat i låg, måttlig och hög dos.

<b>Statin</b>	<b>Låg dos</b>	<b>Måttlig dos</b>	<b>Hög dos</b>
LDL-C reduktion	<30%	30–50%	>50%
Atorvastatin		10–20 mg	40–80 mg
Rosuvastatin		5–10 mg	20–40 mg
Simvastatin	10 mg	20–40 mg	
Pitavastatin		1–4 mg	
Pravastatin	10–20 mg	40–80 mg	
Fluvastatin	20–40 mg	80 mg	
Lovastatin	20 mg	40–80 mg	

Referens (3)





FoUII-centrum Fyrbodai  
Vänerparken 15  
462 35 Vänersborg

Hemsida: [www.vgregion.se/fou-fyrbodai](http://www.vgregion.se/fou-fyrbodai)