LÄS MER *Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning http://ltarkiv.lakartidningen.se*

Riskfaktorkontrollen vid benartärsjukdom kan bli bättre

Registerstudie av sekundärprofylaktisk medicinsk behandling

ALAA ALHADAD, med dr, tf överläkare
alaa.alhadad@skane.se
CATARINA WIKTORSSON, leg sjuksköterska
BENGT LINDBLAD, docent, överläkare, universitetslektor
ANDERS GOTTSÄTER, docent, överläkare; samtliga kärlkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Patienter med benartärsjukdom har en extensiv aterosklerotisk sjukdom även i andra artärer än extremiteterna [1-11] och 3–5 gånger förhöjd kardiovaskulär mortalitet jämfört med åldersmatchade kontrollpersoner [12-14]. Sänkt ankel–armindex är starkt kopplat till både kardiovaskulära händelser och totalmortalitet [15, 16].

Riskfaktorerna för utveckling av benartärsjukdom är desamma som för utveckling av ateroskleros i koronara och precerebrala kärl, och patienter med symtomgivande benartärsjukdom omfattas av samma behandlingsrekommendationer som patienter med ateroskleros [17, 18]. Flera studier har dock visat att behandlingen av riskfaktorer för ateroskleros ofta är suboptimal vad gäller patienter med benartärsjukdom [17, 19-23]. Bland annat fann vi att de patienter som under 2001–2003 lades in vid vår klinik med behandlingskrävande kritisk extremitetsischemi var gravt underbehandlade avseende statiner och blodtryckssänkande läkemedel [23].

Den medicinska behandlingen av patienter med symtomgivande benartärsjukdom har dock på senare år blivit föremål för uppmärksamhet i form av både nationella [24] och internationella [25, 26] behandlingsrekommendationer. Svensk kärlkirurgisk förening har dessutom numera ett ambitiöst program för medicinsk riskfaktorbehandling av kärlkirurgiska patienter ‹www.karlkirurgi.com›. Vid kärlkliniken i Malmö har vi integrerat omhändertagandet av sjukhusvårdade patienter med benartärsjukdom så att dessa bedöms, förutom av läkare med kompetens inom öppen och endovaskulär kärlkirurgi, av läkare med kompetens inom medicinska kärlsjukdomar. Vi har dessutom uppmärksammat behovet av förbättrad utbildning av internmedicinare gällande behandlingsbehovet hos patienter med benartärsjukdom [27].

För att att utvärdera effekten av dessa behandlingsprinciper har vi under 2008–2009 vid patienternas återbesök efter en månad inom ramen för Swedvasc-registret [28] systematiskt följt upp såväl kvaliteten på den medicinska riskfaktorbehandlingen som de direkt kirurgiskt relaterade variablerna, såsom ankeltryck och öppetstående av (patency) grafter.

MATERIAL OCH METOD

Samtliga 515 patienter som under 2008–2009 genomgått endovaskulär (n = 402, 78 procent), öppen kirurgisk (n = 92, 18 procent) eller kombinerad (n = 21, 4 procent) behandling på grund av symtomgivande aterosklerotisk benartärsjukdom utfrågades vid återbesök efter en månad hos sjuksköterska avseende aktuell medicinering och tobaksvanor. Medicineringsuppgifterna verifierades i patientjournalen. Blodtrycket mättes i höger arm i liggande efter fem minuters vila. Senaste månadens mätvärden avseende S-totalkolesterol och S-LDL-kolesterol efterforskades i sjukvårdens datorbaserade journalsystem. Resultaten anges som n (procent) eller medelvärde ± standarddeviation.

RESULTAT

Patienternas ålder var 7 ± 12 år och 282 (55 procent) av patienterna var män. Den farmakologiska behandlingen vid enmånadskontrollen i Swedvasc framgår av Tabell I. Nästan samtliga (89 procent) behandlades med statiner och någon form av trombocythämmande eller antikoagulerande läkemedel (97 procent). Vid sjukhusinläggning för behandling hade 41 procent varit aktiva rökare medan 16 procent då uppgivit att de aldrig rökt. Vid enmånadskontrollen hade antalet aktiva rökare reducerats till 126 (24 procent). Uppgift om tobaksanvändning saknades dock hos 77 (15 procent) patienter.

Så många som 382 (74 procent) av patienterna medicinerade vid enmånadskontrollen med blodtryckssänkande läkemedel, men patienterna uppvisade trots detta blodtryck på 144 ± 21/76 ± 11 mm Hg. Systoliskt målblodtryck <140 mm Hg [29] hade enbart uppnåtts av 266 (52 procent) patienter, medan diastoliskt målblodtryck <90 mm Hg [29, 30] uppnåtts av 477 (93 procent) patienter.

Lipidkontroll utförs inte rutinmässigt vid enmånadskon-

»Flera studier har dock visat att behandlingen av riskfaktorer för ateroskleros ofta är suboptimal vad gäller patienter med benartärsjukdom ...«

SAMMANFATTAT

För att utvärdera omfattningen och effekterna av sekundärprofylaktisk medicinsk riskfaktorbehandling efter kärlkirurgisk behandling vid benartärsjukdom undersöktes dessa variabler vid återbesök efter en månad inom ramen för Swedvasc-registret hos samtliga 515 patienter (ålder 71 ± 12 år, varav 282 män; 55 procent) som under 2008–2009 genomgått öppen eller endovaskulär kirurgi på grund av benartärsjukdom vid kärlkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö.

Förskrivningen av trombocythämmande eller antikoagulerande läkemedel (97 procent) och statiner (89 procent) var vid uppföljningen närmast heltäckande.

41 procent av patienterna hade vid sjukhusinläggningen varit rökare. Vid uppföljningen hade andelen reducerats till 24 procent.

Utrymme finns dock för ytterligare förbättring avseende rökavvänjning och uppföljning av behandlingseffekter som blodtrycks- och lipidnivåer.

TABELL I. Farmakologisk behandling och tobaksvanor hos 515 patienter vid enmånadskontrollen efter öppen eller endovaskulär kirurgi på grund av benartärsjukdom under 2008–2009.

	N (procent)
Riskfaktorbehandling	
Statiner	456 (89)
Blodtryckssänkande läkemedel	382 (74)
Diabetesläkemedel	160 (31)
Trombocythämmande och antikoagulerande behandling	
Någon form av trombocythämmande eller antikoagulerande behandling	497 (97)
Enbart acetylsalicylsyra	349 (68)
Acetylsalicylsyra + klopidogrel	78 (15)
Enbart klopidogrel	29 (6)
Warfarin	50 (10)
Lågmolekylärt heparin	2 (0,4)
Tobaksanvändning	
Aktiv rökare	126 (24)
Före detta rökare	234 (45)
Snusare	3 (1)
Aldrig använt tobak	75 (15)
Uppgift saknas	77 (15)

trollen i Swedvasc, men i datorbaserade journalsystem kunde mätvärden från den senaste månaden identifieras hos 456 (89 procent) patienter. De senaste lipidvärdena var S-totalkolesterol 4,2 ± 1,1 mmol/l och S-LDL-kolesterol 2,4 ± 1,0 mmol/l. 213 (41 procent) patienter hade uppnått målnivån [31] <4,5 mmol/l för S-totalkolesterol, medan 205 (40 procent) hade uppnått målnivån [31] <2,5 mmol/l för S-LDL-kolesterol.

Kvinnor hade högre värden för S-total- respektive S-LDL-kolesterol än män och uppnådde i lägre utsträckning målvärdena avseende dessa parametrar (Tabell II). Vi fann dock inga skillnader mellan könen avseende andelen som medicinerade med statiner, antihypertensiva, blodsockersänkande, trombocythämmande eller antikoagulerande läkemedel (Tabell II). Inte heller förelåg någon skillnad när det gäller medicinsk riskfaktorbehandling, rökning eller måluppfyllelse avseende medicinska riskfaktorer när vi jämförde patienter som behandlats endovaskulärt, öppet operativt eller med kombinerad behandling. Måluppfyllelsen avseende S-LDL-kolesterol var högre (45 procent versus 37 procent; P = 0,04) och avseende diastoliskt blodtryck lägre (73 ± 11 mm Hg versus 77 ± 11 mm Hg; P = 0,0007) (Tabell III) hos diabetespatienter än hos patienter utan diabetes.

DISKUSSION

Patienternas kunskap om både vikten av sekundärpreventiv behandling och kvaliteten på sådan behandling har visats vara lägre vid benartärsjukdom än vid koronar hjärtsjukdom [32]. Det är därför glädjande att kunna notera att de åtgärder som vidtagits för att förbättra den medicinska behandlingen vid symtomgivande benartärsjukdom nu förefaller ha fått mätbara effekter i form av förbättrad behandling jämfört med många tidigare publicerade data.

Tidigare studier efter sjukhusvård för invasiv behandling av benartärsjukdom har nämligen visat att enbart 50–60 procent av patienterna får lipidsänkande behandling [19, 20]. Under 2001–2003 hade t ex enbart 24 procent av de patienter som remitterades till vår enhet på grund av kritisk extremitetsischemi behandling med lipidsänkande läkemedel vid sjukhusinläggningen [23], medan i den nu aktuella studien 89 procent av patienter som genomgått öppen eller endovaskulär kirurgi på grund av benartärsjukdom vid vår enhet får statiner vid enmånadskontrollen. Jämfört med vid tidpunkten för föregående studie [23] har behandlingsrekommendationerna avseende lipidnivåer och blodtrycksmål skärpts, och det är

TABELL II. Värden för lipider och blodtryck (medelvärde ± SD) respektive andel (procent) som uppnått målvärden (S-totalkolesterol ≤4,5 mmol/l, S-LDL-kolesterol ≤2,5 mmol/l) [29-31] hos 515 patienter vid enmånadskontroll efter öppen eller endovaskulär kirurgi på grund av benartärsjukdom under 2008–2009.

	Alla patienter	Män	Kvinnor	P-värde
Lipidvärden[1]				
S-total-kolesterol	4,2 ± 1,1	4,0 ± 1,0	4,5 ± 1,2	0,0001
S-LDL-kolesterol	2,4 ± 1,0	2,3 ± 0,9	2,6 ± 1,1	0,01
Mål S-total-kolesterol ≤4,5 mmol/l	213 (64)	134 (71)	79 (55)	0,003
Mål S-LDL-kolesterol ≤2,5 mmol/l	205 (63)	121 (66)	84 (59)	0,2
Blodtrycksvärden[2]				
Systoliskt blodtryck	144 ± 21	143 ± 21	144 ± 21	0,6
Diastoliskt blodtryck	76 ± 11	77 ± 11	75 ± 11	0,01
Mål systoliskt blodtryck <140 mmHg	266 (53)	145 (52)	121 (54)	0,8
Mål diastoliskt blodtryck <90 mmHg	476 (95)	261 (95)	215 (95)	0,9

[1] Tillgängliga hos 324 patienter. [2] Tillgängliga hos 505 patienter.

TABELL III. Farmakologisk behandling och nivåer på medicinska riskfaktorer (medelvärde ± SD) respektive andel (procent) som uppnått målvärden [29-31] hos 515 patienter med och utan diabetes vid enmånadskontroll efter öppen eller endovaskulär kirurgi på grund av benartärsjukdom under 2008–2009.

	Diabetes (n = 160)	Utan diabetes (n = 355)	P-värde
Statinbehandling	137 (86)	319 (90)	0,4
Någon form av trombocyt-hämmande eller antikoagu-lerande behandling	149 (93)	348 (98)	0,005
Aktiv rökare	33 (21)	92 (26)	0,007
Systoliskt blodtryck (mm Hg)	142 ± 22	144 ± 21	0,2
Diastoliskt blodtryck (mm Hg)	73 ± 11	77 ± 11	0,0007
Mål systoliskt blodtryck <140 mm Hg	90 (56)	176 (50)	0,07
Mål diastoliskt blodtryck <90 mm Hg	149 (93)	328 (92)	0,1
Mål S-totalkolesterol ≤4,5 mmol/l	69 (43)	144 (41)	0,8
Mål S-LDL-kolesterol ≤2,5 mmol/l	72 (45)	133 (37)	0,04

förstås inte heller rättvist att jämföra behandlingssiffror från ett inläggningstillfälle med siffror från ett uppföljningsbesök.

Mål för lipidvärden

Våra data indikerar ändå att strukturerad läkemedelsbehandling av patienter med benartärsjukdom kan bedrivas framgångsrikt, åtminstone vad gäller initiering av statinbehandling. Medvetenheten om att statinbehandling förutom mortalitet [33] påverkar extremitetsfunktion [32], gångförmåga [34], öppetstående av grafter och bevarande av extremitet [19] samt komplikationsfrekvens efter kärlkirurgi [35] har slagit rot hos allt fler som behandlar patienter med benartärsjukdom. Däremot finns fortfarande en stor förbättringspotential vad gäller att säkerställa att patienterna når rekommenderade [31] målvärden för kärlsjuka patienter. Hos flera patienter är lipidvärdena mätta efter endast enstaka veckors behandling, men data indikerar ändå att en stor andel av våra patienter inte nått uppsatta målvärden. Detta har också rapporterats beträffande svenska patienter remitterade för kranskärlskirurgi [36] och tydliggör behovet av inte bara strukturerat insättande av medicinering utan också systematisk uppföljning av dess effekter.

Uppföljning av blodtryck

Prevalensen av arteriell hypertension hos öppenvårdspatienter med benartärsjukdom har rapporterats vara >80 procent, varav >80 procent i sin tur har farmakologisk antihypertensiv behandling [37]. I primärvårdsmaterial omfattande både symtomatisk och icke-symtomatisk benartärsjukdom [38, 39] liksom hos patienter som interventionsbehandlas för benartärsjukdom [19] har rapporterats prevalenser av arteriell hypertension kring 65–78 procent. Hos 359 patienter remitterade till vår enhet för kritisk extremitetsischemi under 2001–2003 var prevalensen av blodtryckssänkande behandling <50 procent [23], varför även utökad farmakologisk blodtrycksbehandling kommit till stånd vid vår enhet. Liksom tidigare beskrivits vid både benartärsjukdom [23, 38, 39] och inför kranskärlskirurgi [36] visar de nu uppmätta blodtrycksnivåerna att våra patienter ofta inte når ned till rekommenderade blodtrycksvärden trots medikamentell behandling, vilket tydliggör behovet av aktiv uppföljning även avseende blodtrycksnivåer.

Trombocythämmare och antikoagulantia

Följsamheten till gällande riktlinjer [26, 31, 40] beträffande trombocythämmande och antikoagulerande behandling hos patienter med benartärsjukdom var god. Vår studie bekräftar [19, 23, 41] att trombocythämmande eller antikoagulerande behandling förskrivs till i stort sett alla patienter som sjukhusvårdas för symtomgivande benartärsjukdom. Vad gäller trombocythämmande behandling av patienter med icke-symtomgivande benartärsjukdom kan däremot inte någon behandlingsrekommendation ges; varken en nylig studie [42] eller en metaanalys [43] talar för gynnsamma behandlingseffekter.

Diabetiker och kvinnliga patienter

Vi fann att patienter med diabetes hade signifikant bättre måluppfyllelse avseende S-LDL-kolesterol och lägre diastoliskt blodtryck än patienter utan diabetes, vilket sannolikt indikerar bättre uppmärksamhet på dessa riskfaktorer hos patienter med diabetes. Att kvinnor i lägre utsträckning än män uppnådde målnivå för S-totalkolesterol kan möjligen indikera genusrelaterade skillnader i uppmärksamheten på riskfaktorer trots att inga skillnader förelåg mellan könen avseende andelen behandlade med statiner, blodtryckssänkande, blodsockersänkande, trombocythämmande eller antikoagulerande läkemedel.

»... vilket tydliggör behovet av aktiv uppföljning även avseende blodtrycksnivåer.«

»... behov av förbättrad systematisk rökavvänjning finns inte bara hos oss utan också vid flera av landets opererande kärlenheter.«

ASA och klopidogrel

21 procent av våra patienter behandlades med klopidogrel. Detta är betingat av att praxis hos oss och på många andra kärlenheter i landet blivit att ge patienterna 1–3 månaders kombinationsbehandling med ASA och klopidogrel efter speciellt omfattande, särskilt subintimala, revaskulariseringar. Detta kan kritiseras på både ekonomiska och vetenskapliga grunder då evidensstöd saknas och behandlingspraxis baseras på extrapolering från endovaskulär behandling inom kardiologin [44].

Vi väntar fortfarande på en slutgiltig resultatredovisning av CASPAR-studien, i vilken effekten av kombinationen ASA och klopidogrel på resultaten vid öppen kärlkirurgisk rekonstruktion vid benartärsjukdom studerats. Det vore dessutom mycket angeläget att vetenskapligt klarlägga om kombinationsbehandling innebär fördelar efter endovaskulär behandling även vid benartärsjukdom.

Rökande patienter

Vi fann en gynnsam men otillräcklig reduktion av rökvanorna hos våra patienter. Andelen aktiva rökare var vid enmånadskontrollen 24 procent jämfört med 41 procent vid inläggningen en månad tidigare. Enligt Swedvasc-registrets årsrapport 2009 ‹www.ucr.uu.se› uppgav 17 procent av opererade aortaaneurysmpatienter pågående tobaksexponering. Detta indikerar att behov av förbättrad systematisk rökavvänjning finns inte bara hos oss utan också vid flera av landets opererande kärlenheter. Det faktum att uppgift om rökning saknades hos 15 procent av våra patienter tydliggör ytterligare att vi behöver skärpa vår uppmärksamhet på denna punkt.

KONKLUSION

Den medicinska riskfaktorbehandlingen vid benartärsjukdom har vid vår enhet uppenbart förbättrats. Studien synliggör dock flera kvarstående förbättringsmöjligheter. Bättre uppföljning och support för att ytterligare reducera andelen aktiva rökare krävs. Liksom hos svenska patienter remitterade för kranskärlskirurgi [36] finns också hos patienter med benartärsjukdom mycket att göra innan alla nått målvärden avseende kolesterolnivåer och systoliskt blodtryck.

Kanske är tiden mogen för strukturerade remisser från kärlkirurgiska enheter till primärvården för fortsatt riskfaktorbehandling samt för uppföljning i Swedvasc-registret inte bara av direkt kirurgiskt och endovaskulärt relaterade variabler som öppetstående av grafter, komplikationer m m. För att säkerställa att patienter med benartärsjukdom kommer i åtnjutande av evidensbaserad medicinsk sekundärprevention bör registret måhända även omfatta medicinska kvalitetsva-

riabler. Sådan registrering har visats leda till förbättrad behandling av patienter med ischemisk hjärtsjukdom [45].

Medicinsk behandling behöver kvalitetssäkras även för de patienter vars aterosklerossjukdom givit åtgärdskrävande symtom från de nedre extremiteterna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Alaa Alhadad deltar i klinisk prövning (MSD). Anders Gottsäter har deltagit i kliniska studier och haft avlönade föreläsnings- och konsultuppdrag åt AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squib, LEO Pharma, MSD, Novartis, Otsuka Pharma, Pfizer och Sanofi-Synthelabo.*

■ *Karin Ohlsson, sjuksköterska, Helena Abrahamsson, sjuksköterska, och Lena Hansson, undersköterska, har bidragit vid registreringen av patientdata.*

■ *Arbetet har stötts av Ernhold Lundströms stiftelse, forskningsfonder vid Skånes universitetssjukhuset Malmö och Hulda Ahlmroths stiftelse.*

REFERENSER

8. The ICAI Group (Gruppo di Studio dell'Ischemia Cronica Critica degli Arti Inferiori). Long-term mortality and its predictors in patients with critical leg ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg. 1997;14:91-5.
19. Henke PK, Blackburn S, Proctor MC, Stevens J, Mukherjee D, Rajagopalin S, et al. Patients undergoing infrainguinal bypass to treat atherosclerotic vascular disease are under prescribed cardioprotective medications: effect on graft patency, limb salvage, and mortality. J Vasc Surg. 2004;39:357-65.
20. Mukherjee D, Lingam P, Chetcuti S, Grossman PM, Moscucci M, Luciano AE, et al. Missed opportunities to treat atherosclerosis in patients undergoing peripheral vascular interventions: insights from the University of Michigan Peripheral Vascular Disease Quality Improvement Initiative (PVD-QI2). Circulation. 2002;106:1909-12.
21. Ness J, Aronow WS, Newkirk E, McDanel D. Prevalence of symptomatic peripheral arterial disease, modifiable risk factors, and appropriate use of drugs in the treatment of peripheral arterial disease in older persons seen in a university general medicine clinic. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2005;60:255-7.
22. Bismuth J, Klitfod L, Sillesen H. The lack of cardiovascular risk factor management in patients with critical limb ischaemia. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2001;21:143-6.
23. Barani J, Mattiasson I, Lindblad B, Gottsäter A. Suboptimal treatment of risk factor for atherosclerosis in critical limb ischemia. Int Angiol. 2005;24:59-63.
24. Benartärsjukdom – diagnostik och behandling. Stockholm: SBU; 2007. Rapport 187.
25. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the management of peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg. 2007;45 Suppl S:S5-67.
26. Clagett GP, Sobel M, Jackson MR, Lip GY, Tangelder M, Verhaeghe R. Antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive disease: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004;126(3 Suppl):609S-26S.
32. McDermott MM, Guralnik JM, Greenland P, Pearce WH, Criqui MH, Liu K, et al. Statin use and leg functioning in patients with and without lower-extremity peripheral arterial disease. Circulation. 2003;107:757-61.
33. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2002;360:7-22.
34. Mohler ER 3rd, Hiatt WR, Creager MA. Cholesterol reduction with atorvastatin improves walking distance in patients with peripheral arterial disease. Circulation. 2003;108:1481-6.
35. O'Neil-Callahan K, Katsimaglis G, Tepper MR, Ryan J, Mosby C, Ioannidis JP, et al. Statins decrease perioperative cardiac complications in patients undergoing noncardiac vascular surgery: the Statins for Risk Reduction in Surgery (StaRRS) study. J Am Coll Cardiol. 2005;45:336-42.
37. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA. 2001;286:1317-24.
38. Meijer WT, Grobbee DE, Hunink MG, Hofman A, Hoes AW. Determinants of peripheral arterial disease in the elderly: the Rotterdam study. Arch Intern Med. 2000;160:2934-8.
39. Diehm C, Schuster A, Allenberg JR, Darius H, Haberl R, Lange S, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. Atherosclerosis 2004;172:95-105.
40. Tran H, Anand SS. Oral antiplatelet therapy in cerebrovascular disease, coronary artery disease, and peripheral arterial disease. JAMA. 2004;292:1867-74.
42. Belch J, MacCuish A, Campbell I, Cobbe S, Taylor R, Prescott R, et al. The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. BMJ. 2008;337:a1840.
43. Hiatt WR. Aspirin for prevention of cardiovascular events. BMJ. 2008;337:a1806.
44. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, Chrolavicius S, Tognoni G, Fox KK. CURE Trial Investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. N Engl J Med. 2001;345:494-502.

***Kommentera** denna artikel på Lakartidningen.se*

Världens vackraste ord: i morgon.

Tack vare framgångsrik forskning överlever i dag mer än hälften av alla människor i Sverige som drabbas av cancer. Med mer forskning kan vi rädda ännu fler i framtiden. Ge en gåva enkelt på cancerfonden.se

Vi tänker besegra cancer. Vill du vara med?

020-59 59 59 | Plusgiro 90 1986-0

Cancerfonden