

Nya europeiska riktlinjer för behandling av hypertoni

DAGS ATT ÅTERIGEN TA ARTERIELL HYPERTONI PÅ ALLVAR

Eftersom arteriell hypertoni, den viktigaste riskfaktorn för kardiovaskulär sjukdom och död, har glidit lite ur fokus för både patienter och läkarkollektivet är de nyutkomna reviderade europeiska hypertoni-riktlinjerna extra välkomna [1]. Positivt är att riktlinjerna ges ut gemensamt av European Society of Cardiology (ESC) och European Society of Hypertension (ESH).

Mycket av innehållet är gemensamt med tidigare riktlinjer och den senaste svenska behandlingsrekommendationen från Läke-medelsverket från 2014 [2]. Härefter har dock tillkommit både viktig evidens för att bli rekommendera något lägre mål-blodtrycksintervall och många konkreta nyheter kring utredning och behandling.

Omkring 1,1 miljarder människor har arteriell hypertoni, som inte längre är en välfärdssjukdom utan i lika hög utsträckning relevant i utvecklingsländer [3]. Med en åldrande befolkning kommer prevalensen att öka markant det närmaste decenniet. Samtidigt har hypertoniorsakad sjuklighet ökat med 40 procent sedan 1990, trots bättre diagnostik och behandlingsmöjligheter [4].



Jonas Spaak, docent, bitr överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus; Karolinska institutet, Stockholm; ordförande SVM
● jonas.spaaak@ki.se



Anders Gottsäter, adjungerad professor, överläkare, kärleksektionen, Skånes universitetssjukhus, Malmö; Lunds universitet; tidigare ordförande SVM; båda för Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin (SVM)

Trots överväldigande evidens för behandling har mindre än 50 procent av alla patienter med behandlad hypertoni ett systoliskt blodtryck <140 mm Hg [5, 6]. Underdiagnostiken är dessutom stor, varför riktlinjerna innehåller en klass I-rekommendation med evidensgrad B avseende blodtrycksscreening redan från 18 år. Det anses både humanitärt och ekonomiskt försvarbart att satsa större resurser på screening och prevention.

Definitionen av hypertoni

I riktlinjerna är definitionen av hypertoni oförändrad, dvs ett medelmottagningsblodtryck på >140/90 mm Hg. Däremot betonas förhållandet mellan blodtryck och risk. När väl hypertoni-diagnosen har ställts, eller vid associerad hjärt-kärlsjukdom, bör man därför oftast sikta på ett blodtrycksmål inom ett lägre intervall än 140/90 mm Hg. Detta är en princip som trots vetenskaplig evidens måhända kan komma att utgöra ett pedagogiskt problem i kommunikation med patienter och kollegor.

Mätning av blodtryck

Mottagningsblodtryck ska mätas av sjukvårdspersonal med validerad utrustning efter minst 5 minuters vila med patienten i sittande eller liggande. Stöd för armen ska finnas, och manschetten ska placeras i hjärthöjd. Första mätningen bör ske i båda överarmarna med manschett med korrekt bredd. Mät minst 2 gånger och fler om det skiljer >10 mm Hg mellan mätningarna. Medelvärdet av de två sista mätningarna ska anges. Vid sidoskillnad är det högre blodtrycket det korrekta. Hos äldre ska blodtrycket också mätas efter 1 och 3 minuter i stående. Vid förmaksflimmer rekommenderas manuell mätning.

Det blir vanligare att patienter själva får mäta blodtrycket på mottagningar, och SPRINT-studien [7], som använde denna metod, har debatterats flitigt [8]. När patienterna själva mäter blodtrycket, även

i mottagningsmiljö, blir blodtrycket i genomsnitt 5-15 mm Hg lägre [9].

Även hembloodtrycksmätning lyfts fram som ett värdefullt komplement, men man måste vara noga med att instruera patienterna att mäta på ett korrekt sätt och vara medveten om att dessa tryck ligger minst 5 mm Hg lägre än mottagningstryck. Den diagnostiska gränsen för hypertoni vid hembloodtrycksmätning är $\geq 135/85$ mm Hg. Att mäta blodtrycket i hemmet kan samtidigt bidra till en mer engagerad patient med ökad följsamhet.

Ambulatorisk blodtrycksmätning under 1 dygn rekommenderas bl a vid misstanke om den s k vitrockseffekten eller när man vill ha en noggrann riskbedömning. Här gäller också lägre gränsvärden för diagnos, $\geq 130/80$ mm Hg över dygnet eller $\geq 135/85$ mm Hg dagtid eller $\geq 120/70$ mm Hg nattetid.

Vid grad 3-hypertoni (blodtryck $\geq 180/110$ mm Hg) eller sekundär organskada kan diagnosen ställas vid första mätningen, annars krävs ny mätning vid separat mottagningsbesök eller i hemmet.

Klinisk utvärdering

För korrekt riskstratifiering och val av behandlingsmål ska etablerad hjärt-kärlsjukdom och tecken till hypertensiv organskada bedömas. Om sådan föreligger bör man rikta in sig på ett lägre blodtrycksmål. Vid frånvaro av organpåverkan bör man riskstratifiera patienten mer noggrant. ESH/ESC rekommenderar SCORE-systemet (Systematic coronary risk evaluation) (www.heartscore.org). För patienter med diabetes kan man i stället använda den svenska riskmotorn på Nationella diabetesregistrets webbplats (www.ndr.nu/risk).

Som hypertensiv organskada räknas redan måttligt nedsatt njurfunktion (estimerad GFR [eGFR] <60 ml/min), mikroalbuminuri eller vänsterkammerhypertrofi på EKG eller ultraljud. Här inkluderas också ankel-armindex <0,9, högt pulstryck (hos äldre ≥ 60 mm Hg), avancerad retinopati eller hög puls-vågshastighet mätt med speciell utrustning.

Till etablerad hjärt-kärlsjukdom räknas TIA, stroke och hjärtinfarkt, men även

HUVUDBUDSKAP

- De europeiska hypertoni-riktlinjerna har nyligen reviderats.
- För patienter <65 år med hypertoni rekommenderas ett systoliskt blodtrycksmål på 120-129 mm Hg.
- För patienter ≥ 65 år med hypertoni rekommenderas ett systoliskt blodtrycksmål på 130-139 mm Hg, även för patienter >80 år förutsatt att behandlingen tolereras väl.
- För de flesta patienter rekommenderas att behandlingen startas med två preparat i fast kombination.
- Alla >18 år ska få blodtrycket mätt och dokumenterat minst vart femte år.

hjärtsvikt, inkluderande hjärtsvikt med bevarad vänsterkammarmfunktion (HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction) samt förmaksflimmer.

Hos alla patienter med hypertoni bör man utföra EKG och provtagning, inklusive U-albumin-kreatininindex (rekommendation klass 1, evidensgrad B).

Behandling

Fleråttal patienter bör skötas i primärvården, men vid misstanke om sekundär eller terapieresistent hypertoni och vid hög risk bör patienten remitteras till specialist. Tyvärr finns det numera få sådana i Sverige. Sekundär hypertoni bör alltid misstänkas hos yngre patienter (<40 år) med grad 2-hypertoni och vid symtom som inger misstanke om annan genes.

Minst 5-10 procent av alla patienter med hypertoni har obstruktivt sömnapné syndrom, och 5-15 procent har primär aldosteronism [10]. Feokromocytom och andra endokrina rubbningar är ovanliga men viktiga att utreda om det finns klinisk misstanke. P-piller kan orsaka högt blodtryck hos omkring 5 procent av användarna. Fibromuskulär dysplasi är en annan viktig orsak till blodtrycksstegring hos yngre kvinnor.

Oavsett blodtrycksnivå ingår multipel riskfaktorkontroll i behandlingen. De livsstilsrekommendationer som är särskilt viktiga med god evidens är saltrestriktion, att undvika överkonsumtion av alkohol, rökstopp, regelbunden motionsträning, viktneidgång vid övervikt och bra kost. De kostråd som lyfts fram är den traditionella medelhavskosten med mer frukt och grönt, fisk, nötter, omättade fetter och minskat intag av rött kött och feta mejeriprodukter (rekommendation och evidens 1A).

Som initial läkemedelsbehandling rekommenderas ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare i kombination med kärlelektiv kalciumflödeshämmare eller diuretikum av tiazidtyp. Man bör i första hand använda fasta kombinationer av dessa använder man alla tre (ACE-hämmare/angiotensinreceptorblockerare, kalciumflödeshämmare och tiaziddiuretika).

Kombination av ACE-hämmare med angiotensinreceptorblockerare bör undvikas. Vid terapieresistens kan man lägga till spironolakton eller eplerenon, alfa- eller betablockerare. Alla dessa preparat har rekommendation och evidens 1A.

Vid kranskärllssjukdom eller hjärtsvikt med nedsatt vänsterkammarmfunktion ingår betablockerare i den initiala behandlingen. Renal denervering eller annan interventionell behandling bör endast ske inom ramen för kliniska prövningar.

Illustration: Shutterstock/IBL



Nya europeiska riktlinjer sätter välbefärligt fokus på arteriell hypertoni.

Efter initiering av blodtryckssänkande behandling ska uppföljning ske inom 2 månader och därefter igen till dess målblodtryck nåtts. När målblodtryck nåtts bör blodtrycket kontrolleras (kan ske genom hembloodtrycksmätning) var 3-6 månad. Riskfaktorer och asymtomatisk hypertoni medierad organskada bör undersökas minst vartannat år.

Även personer med högt-normalt blodtryck och de med vitrockshypertoni bör följas med blodtryckskontroller och riskfaktorbedömning minst årligen.

Särskilda patientgrupper

Flera sektioner i riktlinjerna ägnas åt blodtrycksbehandling inom särskilda patientgrupper. Till patienter med njursvikt och diabetes rekommenderas som tidigare att behandlingen alltid inkluderar ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare. Till patienter av afrikanskt ursprung rekommenderas i första hand kalciumflödeshämmare eller tiaziddiuretika i kombination med saltrestriktion.

En sektion ägnas åt äldre patienter, där man betonar vikten av att se till patientens biologiska ålder och gärna ta patientens skörhet i beaktande. Det är dock tydligt visat att blodtryckssänkande behandling hos patienter >80 år minskar dödlighet, stroke och hjärtsvikt. För patienter >80 år finns god evidens för att påbörja behandling vid systoliskt blodtryck ≥ 160 mm Hg. Även här bör man sträva efter ett målblodtryck på 130-139 mm Hg, förutsatt att behandlingen tolereras väl. Studierna är dock gjorda på relativt friska åldringar, och det är viktigt att vara observant på biverkningar. Observera att blodtrycket ska mätas också i stående.

Riktlinjerna innehåller även specifika råd om blodtrycksbehandling vid graviditet, akut stroke och terapieresistent hypertoni respektive njursvikt samt detaljer om initial utredning av sekundär hypertoni.

Följsamhet

I slutet av riktlinjerna konstateras att en av tre patienter har slutat med initierad

blodtrycksbehandling efter 6 månader och hälften efter 1 år. Att förbättra följsamheten är en komplex utmaning, och riktlinjerna lyfter fram vikten av att arbeta på flera nivåer, från val av läkemedel till organisation. Fasta kombinationspreparat har visats ge bättre följsamhet, liksom regelbunden uppföljning och återkoppling, bl a genom hembloodtrycksmätning. Teamarbete med sjuksköterskor och farmaceuter leder också till bättre blodtryckskontroll.

Konklusion

Dessa nya riktlinjer sammanfattar väl den omfattande evidens som finns om blodtrycksbehandling och belyser att det är hög tid att uppdatera våra svenska riktlinjer. Att man inför olika målintervall för patienter över och under 65 år kan måhända upplevas som förvirrande, men är samtidigt mycket logiskt och försvarbart.

Den medicinska professionen måste åter ta arteriell hypertoni på allvar och verka för bättre screening, behandling och uppföljning. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jonas Spaak har erhållit föreläsararvoden från Amgen, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Hospira och ResMed och deltar i klinisk prövning för AstraZeneca och Bayer. Anders Gottsäter deltar i klinisk prövning i regi av Bayer och har deltagit i utbildningsaktiviteter eller i referensgrupper för följande företag: Amgen, Astra Zeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Gore, LEO Pharma, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer och Sanofi. Anders Gottsäter har dessutom anlitas av Läkemedelsverket och Socialstyrelsen för expertutdrag.

Citera som: *Läkartidningen*. 2018;115:FDXZ

REFERENSER

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104.
2. Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2014;(5):20-33.
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55.
4. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 2017;317(2):165-82.
5. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2015;131(4):e29-322.
6. Ljungman C, Kahan T, Schiöler L, et al. Gender differences in antihypertensive drug treatment: results from the Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD) *J Am Soc Hypertens*. 2014;8(12):882-90.
7. SPRINT Research Group; Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2103-16.
8. Kjeldsen SE, Lund-Johansen P, Nilsson PM, et al. Unattended blood pressure measurements in the systolic blood pressure intervention trial: implications for entry and achieved blood pressure values compared with other trials. *Hypertension*. 2016;67(5):808-12.
9. Filipovský J, Seidlerová J, Ceral J, et al. A multicentre study on unattended automated office blood pressure measurement in treated hypertensive patients. *Blood Press*. 2018;27(4):188-193.
10. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *Eur Heart J*. 2014;35(19):1245-54.