

# Nya europeiska riktlinjer för hypertoni ger utmaningar

ENKLARE LÄKEMEDELSDOSERING BÖR GES FÖR ATT ÖKA FÖLJSAMHETEN

De nya europeiska riktlinjerna för hypertoni har tidigare sammanfattats och kommenterats i Läkartidningen [1, 2]. Dokumentet är en mindre lärobok, men läsaren får hjälp av en tabell där ändringar och jämförelser med 2013 års riktlinjer redovisas [3]. Koncisa praktiska riktlinjer har sedan publicerats [4]. Dessa är nära ett rent tabellverk med begränsad löpande text, men de kan göra nytta som »kokbok« vid alla mottagningar med även måttlig hypertoni-verksamhet.

Globalt ökar både mortalitet och morbiditet på grund av högt blodtryck, som kvarstår som den ledande enskilda riskfaktorn för hjärt-kärlsjukdomar oavsett ekonomisk status i olika länder. Metaanalyser visar att en sänkning av det systoliska trycket med 10 mm Hg eller det diastoliska med 5 mm Hg reducerar alla kardiovaskulära händelser med 20 procent, stroke med 35 procent, koronarsjukdom med 20 procent och hjärtsvikt med 40 procent [5].

En mycket stor andel av patienter med hypertoni är inte adekvat behandlade [6]. Något bör göras, men vad? Riktlinjerna betonar att man bör ge patienterna fasta kombinationer av två eller tre medel för att öka följsamheten och föreslår att alla >18 års ålder bör genomgå screening för hypertoni.

## WHO:s tröskelvärde står sig

WHO:s halvsekelgamla tröskelvärde för



**Keith Eliasson**, docent, överläkare, njurkliniken, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet, Stockholm  
● keith.eliasson@sll.se

högt blodtryck, 140/90 mm Hg, står sig ständigt. Intervallet 130-139/80-89 mm Hg betecknas högt normalt blodtryck, och det debatteras flitigt om målet för behandling ska falla inom detta eller om ett nytt önskvärt mål vore <130/80 mm Hg.

Stödet för den lägre nivån som mål är enligt många bräckligt, även om det föreslås av både amerikanska och europeiska riktlinjer till patienter som tål denna trycksänkning bra. Om man avser att behandla blodtryck 140/90 mm Hg blir det ju oundvikligt att hamna i högt normalt tryck. Skulle trycket sjunka till den ännu lägre nivån utan att man behöver pressa behandlingen så hårt kan man vara nöjd om patienten är det.

## Vitrockshypertoni är en felkälla

Väsentligen all evidens för nytta av blodtrycksbehandling baseras på konventionell mätning av trycket på mottagning. Detta sätt att mäta leder ofta till den betydande felkällan vitrockshypertoni.

Såväl 24 timmars ambulatorisk mätning som hembloodtrycksmätning med utvärderad manschett har visat starkare samband med risk för sjuklighet än mottagningstryck. Dessa metoder har även fördelar som flera mätvärden och förbättrat engagemang för de patienter som klarar metoderna. De två sistnämnda metoderna förtjänar alltså att användas mycket flitigare.

## Klinisk utvärdering visar risk

Riktlinjerna innehåller en tabell för olika målblodtryck i relation till antalet välkända riskfaktorer, till hypertoniemedierad organskada och till etablerad hjärt-kärlsjukdom. Patienter i de senare två kategorierna har starkt ökad risk och bör prioriteras. För patienter med mindre riskbörda rekommenderar man SCORE-systemet för utvärdering av patientens totala risksituation.

Diabetes med manifest albuminuri är diabetesnefropati, dvs etablerad sjukdom. Redan förekomst av mikroalbuminuri med eller utan diabetes indikerar hyper-

toniemedierad organskada. Om mikroalbuminuri är kombinerad med nedsatt njurfunktion är dessa två riskfaktorer dessutom inbördes förstärkande och ökar risken. Analys av mikroalbuminuri och njurfunktion är enkel att införa och ska ingå i alla hypertoniutredningar.

Redan med högt normalt blodtryck vid diabetes med albuminpositiv urinsticka eller vid halverad njurfunktion är risken att dö inom 10 år >10 procent [3].

Risktabellerna visar dessutom enbart mortalitet, och den totala risken inklusive icke-letala händelser anges vara tre gånger högre hos män och fyra gånger högre hos kvinnor [7]. Ökad hänsyn bör tas till övriga riskfaktorer, och vid etablerad koronarsjukdom med hög risk bör LDL-kolesterolsänkas till 1,8 mmol/l med statiner.

## Kombination av två eller tre läkemedel

Rekommenderat blodtrycksmål är <130/80 mm Hg för de flesta. För personer >65 år är systoliskt mål 130-139 mm Hg. Råd om livsstil står sig väsentligen oförändrade över årtiondena men visar sig vara svåra

»Globalt ökar både mortalitet och morbiditet på grund av högt blodtryck, som kvarstår som den ledande enskilda riskfaktorn för hjärt-kärlsjukdomar ...«

att följa för många. Förändrad livsstil kan sänka blodtrycket med upp till 10 mm Hg men blir oftast bara komplement till läkemedel, bortsett från den självklara rollen för riskprofilen i stort.

Riktlinjerna förordar behandling med två läkemedel i fast kombination och vid behov byte till en kombinationstablett med tre ingående komponenter. Den senare kombinationen saknas i Sverige. Trip-

## HUVUDBUDSKAP

- I de nya europeiska riktlinjerna för hypertoni rekommenderas för patienter <65 år blodtrycksmål 120-129/<80 mm Hg och för patienter >65 år 130-139/<80 mm Hg.
- Biologisk ålder är viktigare än kronologisk, men behandling av äldre kräver ändå ökad hänsyn till tolerabilitet.
- Patientens totala riskprofil ska beaktas och behandling av högriskpatienter prioriteras.
- Följsamheten ökas genom enkel dosering och ökad delaktighet för patienterna.



Ungefär hälften av dem som behandlas för hypertoni uppges sluta ta sina mediciner efter 1 år. Detta är ett incitament för nya rekommendationer om förenklad läkemedelsadministration med kombinationstabletter med två eller tre ingående komponenter.

Illustration: Shutterstock/TT

pelbehandlingen bör innehålla ACE-hämmare eller angiotensinreceptorblockerare (ARB), tiaziddiuretika och kalciumflödeshämmare. Patienter som då inte uppnår normotension är terapiresistenta. Till dessa rekommenderas i första hand spironolakton snarare än alfareceptorblockerare på grund av visad större effektivitet (se dock nedan).

Betablockerare behåller sin roll vid kranskärslssjukdom och hjärtsvikt. Sverige har många fasta kombinationer med ACE-hämmare/ARB och diuretika, men för övrigt har vi få möjligheter att förskriva fasta kombinationer.

## Risk för nedsatt njurfunktion

Kombination med spironolakton kan öka risken för nedsatt njurfunktion och hyperkalemi. Patienterna måste alltså följas regelbundet med estimerad GFR (eGFR) och kaliumvärden.

Man har valt en arbiträr gräns för kalium på 5,5 mmol/l även om risken för arytmier anses ligga högre. Kreatinin kan förväntas stiga med upp till 30 procent som ett fysiologiskt svar på ett något nedsatt filtrationstryck, speciellt efter blockad av renin-angiotensinsystemet (RAS), och behöver alltså inte föranleda åtgärder så länge inte förändringen ökar. Då rekommenderas specialistkontakt. Det kan även

gälla fall av uttalad terapiresistens, vilket kräver vidare utredning.

Vanliga orsaker till sekundär hypertoni är njurrelaterade inklusive njurartärstenos, som trots vår restriktivitet med ingrepp måste följas noga då de är förknippade med betydande riskökning.

## Äldre – annan hänsyn krävs

Biologisk ålder är viktigare än kronologisk. Man har därför minskat försiktigheten framför allt för personer >80 år. Äldre med hypertoni är ofta multisjuka och drabbas främst av komplikationer till sitt höga tryck. De har ofta etablerad läkarkontakt som bör säkerställa bra blodtrycks kontroll.

Beträffande riktigt gamla är litteraturen mycket sparsam, men sänkning av systoliskt tryck från 160 mm Hg är både fördelaktigt och möjligt utan bieffekter.

Äldre har reducerad njurfunktion, och vår stadiindelning av kronisk njursjukdom tar inte hänsyn till detta. Ett eGFR-värde >60 ml/min/1,7 m<sup>2</sup> är en åldersadekvat njurfunktion redan för en 50-åring. En aktuell avhandling visar att den sänkta funktionen utgör tecken på normalt åldrande, men att den trots det är associerad till ökad mortalitet. Vi vet alltså inte om sänkt eGFR även är ett tecken på ökad skörhet [8]. Funktionen spelar förstås roll för dosering av läkemedel.

Riktlinjernas måltryck förutsätter god tolerabilitet och avsaknad av ortostatism.

## Hälften slutar medicinera efter 1 år

Cirka hälften av dem som behandlas för hypertoni anges ha slutat medicinera efter 1 år [9]! Det är bakgrunden till rekommendationen om fasta kombinationer, som vi har begränsad tillgång till. Reducera antalet tabletter så långt möjligt med existerande kombinationer och genom att öka tablettstyrka i stället för antalet tabletter. Försök att kontrollera patienternas intag har hittills inte fungerat utom vid underlättad tillförsel och information.

Mer tid för information och patientvänlig uppföljning är den enda framkomliga vägen. Egenmätningar i hemmet ökar påtagligt patienternas delaktighet och motivation. En enkel armmanschetts pris kan spara in mottagningsbesök vid brev- eller telefonkontakt, och insparad mottagningstid kan användas för längre informationstider.

## Bygger på flerårigt expertarbete

Angivna blodtrycksmål är rimliga om

man inte överdriver behandlingskrav för patienter med lågradig hypertoni och liten risk. Prioritet bör ges till patienter vars totala riskbörda är stor och till förbättrad information och uppföljning för att påtagligt öka andelen adekvat behandlade.

Blodtryck bör oftare mätas och anges i aktuella journaler. Själva mätningen tar ju bara 5-10 minuter bortsett från övrig tid för patient och mottagning. Regelbunden screening av alla >18 år blir svårare att genomföra i dagens tidspressade primärvård.

Ett flerårigt expertarbete ligger bakom de nya europeiska riktlinjerna, och någon anledning att väsentligt avvika från dem på nationell nivå föreligger inte. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FL31

## REFERENSER

1. Spaak J, Gottsäter A. Nya europeiska riktlinjer för behandling av hypertoni. *Läkartidningen*. 2018;115:FDXZ.
2. Brunström M, Carlberg B. Nya riktlinjer för hypertoni – en pedagogisk utmaning. *Läkartidningen*. 2018;115:FDYD.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; Authors/Task Force Members. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018;36(10):1953-2041.
4. Williams B, Mancia B, Spiering W, et al; Authors/Task Force members. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology: ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2018;36(12):2284-309.
5. Ettehad CA, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):957-67.
6. Chow CK, Teo RR, Rangarajan S, et al (PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013;310(9):959-68.
7. van Dies I, Geleijnse JM, Boer JM, et al. Effect of including nonfatal events in cardiovascular risk estimation, illustrated with data from The Netherlands. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(3):377-83.
8. Werner K. Estimated glomerulus filtration rate in older adults: validation, correlations and implications [avhandling]. Lund: Lunds universitet; 2018.
9. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med*. 2012;125(9):882-87.e1.