

Dags att ompröva riktlinjerna för hypertoni behandling?

Internationellt har flera nya rekommendationer publicerats

De svenska riktlinjerna för hypertoni behandling har nu många år på nacken. Dåvarande läkemedelsavdelningen på Socialstyrelsen gav efter ett möte ut riktlinjer för behandling av mild hypertoni 1989; några år senare kom riktlinjer för behandling av äldre med högt blodtryck. Den utredning som genomfördes av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) konstaterade 1994, och i sin uppdatering 1998, att dessa riktlinjer var rimliga och inte behövde omprövas.

Finns det någon anledning till omprövning nu? Internationellt har ett flertal dokument med nya riktlinjer publicerats: Joint National Committee (JNC) från USA 1997 [1] europeiska riktlinjer för hjärtprevention förra året och i år ISH (International Society of Hypertension)/WHO riktlinjer [2] och Brittiska hypertoni-sällskapets riktlinjer [3].

Vad motiverar då denna rika flod av nya eller reviderade riktlinjer?

Nya studier motiverar nya riktlinjer

Flera stora studier över effekten av olika behandlingsregimer vid hypertoni hos olika grupper av patienter (t ex äldre patienter och diabetiker) har publicerats. HOT-studien, »Hypertension Optimal Treatment» [3], jämförde effekten av randomisering till olika blodtrycksmål samt effekten av tillägg av acetylsalicylsyra (ASA).

Vidare har man vunnit mer kunskap om effekterna av lipidsänkning hos patienter som löper risk för kardiovaskulär sjukdom. De nya hypertoni-riktlinjerna har därför i större utsträckning

lagt vikt vid både den sammantagna risken för hjärt-kärlsjukdom och intervention mot andra samtidigt föreliggande riskfaktorer. Ett blodtryck på 150/95 hos en i övrigt frisk person utan andra riskfaktorer innebär en mycket liten risk om blodtrycksförhöjningen inte progredierar.

En kärlsjuk individ med hyperlipidemi löper däremot en mycket stor risk vid samma blodtrycksnivå; hos denna person är intervention mot alla föreliggande riskfaktorer, inklusive blodtrycksstegringen, viktig för att förhindra kardiovaskulära katastrofer.

Hypertoni behandling är i stor utsträckning en preventiv behandling av i de flesta fall asymtomatiska personer. Höga krav måste därför ställas på dokumentation och bevisad effekt av de behandlingar som är aktuella. Vidare skall behandlingen vara förenad med en låg frekvens av bieffekter samt vara hälsoekonomiskt försvarbar.

Protester mot sänkning av målblodtrycket

De riktlinjer som tagits fram av en arbetsgrupp som arbetat på mandat av internationella hypertoni-sällskapet (ISH) och WHO har fått kritik från flera håll. Bl a har ett brev skickats av 888 personer, framför allt allmänläkare, till WHO:s generalsekreterare Gro Harlem Brundtland med en protest mot att det målblodtryck som angetts i riktlinjerna för yngre och medelålders personer har sänkts till 130/85 mm Hg från det tidigare mer allmänt accepterade 140/90. De frågor som debatterats mest intensivt har varit just målblodtryck för behandling, men också vid vilket tryck som behandling skall inledas och med vilket medel.

De randomiserade studier över behandlingseffekt vid hypertoni som genomförts har huvudsakligen haft 140/90 som målblodtryck. HOT-studien påvisade inte någon skillnad mellan de grupper som randomiserats till 80, 85 respektive 90 mm Hg som målblod-

tryck (frånsett diabetiker som hade nytta av en mer aktiv blodtryckssänkning). Skillnaderna i sjuklighet och dödlighet mellan olika blodtrycksnivåer under 90 mm Hg var mycket små; en ytterligare blodtryckssänkning när man väl nått ner till 90 mm Hg i diastoliskt tryck ter sig ej effektiv för icke diabetiker.

Att en ytterligare sänkning under 90 mm Hg medelst insättande av ännu mer antihypertensiv medicinering skulle vara hälsoekonomiskt effektiv ter sig uteslutet.

Att en mer aktiv blodtryckssänkning är värdefull för patienter med diabetes mellitus stöds dock av den brittiska UKPDS-studien, UK Prospective Diabetes Study Group [5].

Fokusera på systoliskt tryck?

Kanske skall vi dock i framtiden fokusera på systoliskt tryck som den mer tungt vägande riskfaktorn? Att detta är fallet epidemiologiskt har varit känt sedan länge [6], men detta har fått ringa genomslag i studier och behandlingsrekommendationer. Studier på framför allt äldre patienter med systolisk hypertoni [7, 8] har dock visat goda behandlingseffekter.

Som Peter Sever nyligen skrev i BMJ [9] är det nu kanske till och med dags att »överge diastole» och fokusera på systoliskt blodtryck i vår hypertoni behandling.

Sever anger ett behandlingsmål på 150 mm Hg som lämpligt. För lågriskindivider kan dock 160 mm Hg vara tillräckligt medan högriskindivider, särskilt diabetiker, bör ligga under 140 mm Hg.

Val av förstahandsmedel

När det gäller val av läkemedel anger WHO/ISH-riktlinjerna att behandling kan inledas med något medel ur de sex grupper som för närvarande vanligen används vid hypertoni behandling, nämligen diuretika, betablockerare, ACE-

Författare

JAN ÖSTERGREN

docent, universitetslektor, institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

E-post: oster@divmed.ks.se

hämmare, kalciumantagonister, alfa-blockerare eller AII-antagonister.

Även denna rekommendation har kritiserats, då den huvudsakliga dokumentationen hittills har vilat på behandling med diuretika/betablockerare; dessa medel är dessutom billigare. Förespråkarna för ett mer liberalt läkemedelsval hävdar att de stora behandlingsstudierna använt även andra blodtryckssänkande medel, ofta även kombinationsbehandling. Man menar att de positiva effekterna av blodtryckssänkning har varit relaterade till blodtryckssänkningen som sådan, inte specifikt till läkemedlen. Att detta kan vara fallet styrks också av senare stora behandlingsstudier, som även använt ACE-hämmare och kalciumantagonister.

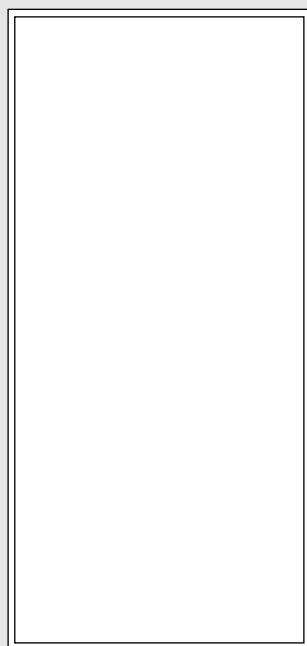
De brittiska hypertoni-riktlinjerna rekommenderar tiazidbehandling i lågdos som första val, om inte särskilda omständigheter talar för att man skall välja ett annat medel. Flera stora studier som jämför effekten av »äldre» och »nyare» behandling för högt blodtryck pågår.

Tills vi vet resultatet av dessa bör vi använda diuretika och betablockerare som förstahandsmedel, men inte tveka att använda övriga läkemedelsgrupper till de patienter som behöver det för att nå målet med vår behandling.

Få patienter når behandlingsmålet

Tyvärr är det enligt flera undersökningar få patienter som når behandlingsmålet (vare sig detta sätts till 90 mm Hg diastoliskt eller 150 mm Hg systoliskt). När man väl inlett behandling för hypertoni ter det sig logiskt att sträva efter att »normalisera» blodtrycket.

Hur långt vi som behandlande läkare skall gå i detta avseende, och med vilka medel, måste vara upp till den enskilda läkaren och hans patient att avgöra. Riktlinjer är, som uttrycktes i en ledare i Lancet, »only a beginning to effective care, not an end» [9].



Hypertonibehandling är i stor utsträckning en preventiv behandling av i de flesta fall asymtomatiska personer. Höga krav måste därför ställas på dokumentation och bevisad effekt av de behandlingar som är aktuella.

Vidare skall behandlingen vara förenad med en låg frekvens av bieffekter samt vara hälsoekonomiskt försvarbar.

FOTO: SUPERSTOCK/GREAT SHOTS

Referenser

1. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth of the Joint National Committee on Prevention Detection, Evolution and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157: 2413-46.
2. World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines Committee. World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. J Hypertens 1999; 17: 151-83.
3. Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor GA, Porton L et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 1999: summary. BMJ 1999; 319: 630-5.
4. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S et al. Effects of intensive bloodpressure lowering and low dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet 1998; 351: 1755-62.
5. UK Prospective Diabetes Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complication in type 2 diabetes: UKPDS 39. BMJ 1998; 31: 713-20.
6. Rutan GH, Kuller LH, Neaton JD, Wentworth DN, McDonald RH, Smith WM. Mortality associated with diastolic hypertension and isolated systolic hypertension among men screened for the multiple risk factor intervention trial. Circulation 1988; 77: 504-14.
7. SHEP, Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. JAMA 1991; 265: 3255-64.
8. Dahlöf B, Lindholm LH, Hansson L, Scherstén B, Ekblom T, Wester PO. Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension). Lancet 1991; 338: 1281-5.
9. Sever P. Abandoning diastole. BMJ 1999; 318: 1773.
10. Editorial. A pressure to agree. Lancet 1999; 354: 787.