

24-timers blodtrykksmåling eller hyperrisikisme

– om diagnostisk validitet og forebygging av hjerte- og karsykdom

AV EIVIND MELAND

Apparatur for ambulatorisk måling av 24-timers blodtrykk er i økende grad tatt i bruk i norsk klinisk medisin, også allmennmedisin. Normaltariffen gir takst for slik måling, og viktige aktører har anbefalt slik teknologi tatt i bruk (1–3). Andre, f.eks. Senter for medisinsk metodevurdering, har vært mer skeptiske til å anbefale bruken (4).

Jeg hører til dem som har en betinget skepsis til bruken av 24-timers blodtrykksmåling. Min begrunnelse er todelte: – For det første mener jeg at når blodtrykk er etablert som risikofaktor for hjerte- og karsykdom og –død, er det med bakgrunn i store prospektive langtidsstudier med bruk av kontormålt trykk.

– For det andre mener jeg at interessen for 24-timers trykk flytter fokus til feil arena. Vi bør istedet interessere oss for pasientenes totale risiko for hjerte- og karsykdom, og ikke legge for stor vekt på blodtrykket, enten dette er målt med kontormetoden, selvmåling hjemme eller med automatisk metode over et døgn.

Ambulatorisk trykk og studier

Blant annet Bergensstudien, som fulgte pasienter i ulike aldersgrupper i 20 år, har etablert en klar sammenheng mellom kontormålt blodtrykk og hjerte- kardødelighet (5). Sammenliknet med kolesterol(ratio) har blodtrykket en lavere prediktiv verdi som instrument til å identifisere personer under risiko. Slike langtidsstudier viser imidlertid at i den øverste tertilen av blodtrykksfordelingen befinner ca halvparten av de som senere dør av hjerte- og karsykdom i befolkningen. Den prediktive evne er *ikke* dårlig.



Eivind Meland

Førsteamanuensis og fastlege
Seksjon for allmennmedisin og Olsvik
legesenter
Bergen

Meg bekjent er det to større studier der ambulatorisk måling er bedømt prospektivt (6, 7). Den førstnevnte var gjennomført som en del av Syst-Eur-studien. Her var eldre hypertensikere (over 60 år) fulgt i fem år. Det viste seg at ambulatorisk måling var en bedre prediktor for kardiovaskulær sykdom og død enn konvensjonelt målt trykk (6). I den sistnevnte studien blant personer over førti i Ohasama ble det funnet at ambulatorisk blodtrykk er en valid prediktor for kardiovaskulær sykdom med en oppfølgings-tid på seks år. Studien har ikke sammenliknet validiteten med kontormålt trykk. Et ambulatorisk trykk lik eller over 135/80 mmHg ble definert som hypertensjon. Grensen ble valgt på basis av statistiske overveielser. Folk med blodtrykk over dette trykket innbefatter 20% av den undersøkte populasjonen. Vi kan konkludere med at korttidsstudier viser at 24-timers blodtrykk er en valid risikofaktor for kardiovaskulær sykdom. Hos eldre pasienter med systolisk hypertensjon synes prognosen i større grad bestemt av ambulatorisk blodtrykk enn konvensjonelt kontortrykk.

Hvitfrakkehypertensjon også en risikofaktor

Fra tverrsnittstudier vet vi at såkalt kontorhypertensjon (hvitfrakk) er en risikofaktor som er assosiert med venstre ventrikkel hypertrofi (8). Det er viktig å tilstrebe en høyere spesifisitet i vår diagnostikk av risiko for framtidig sykdom. Det er imidlertid en fare for at vi i vår streben etter å unngå falsk positive feil frikjenner personer som har høy risiko for framtidig sykdom. Hvis prognosen er bedømt på

grunnlag av total risiko, der det er flere risikofaktorer til stede, er det en fare for at et normalt ambulatorisk trykk allikevel innebærer risiko personen.

Totalrisiko

Den absolutt mest valide måte å bedømme risiko for framtidig sykdom på, er ved bedømmelse av totalrisiko. Norske oppfølgingsstudier viser at den øverste tertil i totalrisikofordelingen utgjør ca 70% av senere kardiovaskulær dødelighet (9). Norsk selskap for allmennmedisin og andre har publisert retningslinjer hvor dette er et hovedpoeng (10). Diagnosen hypertensjon må vektlegges framfor hypertensjon.

Konklusjon

Som konklusjon på denne gjennomgang vil jeg hevde at 24-timers blodtrykksmåling i de fleste situasjoner ikke er nødvendig. Dersom diagnosen trykk etableres etter gjeldende retningslinjer, kan dette brukes med tanke på avgjørelser om terapi eller ikke forutsatt at man samtidig vurderer totalrisiko. I situasjoner der totalrisiko er lav, og det er påvist et høyt kontortrykk, kan ambulatorisk måling anvendes. Andre metoder for å beskytte seg mot overdiagnostikk er å la hjelpepersonell måle trykket eller la pasienten måle trykket selv hjemme. Slike metoder kan også anvendes for bedre å monitorere effekt av igangsatt behandling. Dette er i overensstemmelse med råd også fra andre (1).

Litteratur

1. Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram L, Fitzgerald-Barron A, Mant D. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and day-time ambulatory blood pressure. *BMJ* 2002;325:254-9.
2. Soma J, Dahl KJ, Widerøe T-E. Kontorhypertensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999;119:667-70.
3. Dyrdal A, Lindbæk M. Diagnostikk av hypertensjon i allmennpraksis - er kontorblodtrykk tilstrekkelig? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:147-51.
4. Norderhaug IN, Mørland B. Ambulatorisk blodtrykksmåling og hjemmeblodtrykksmåling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:1812-5.
5. Selmer R. Blood pressure and twenty-year mortality in the city of Bergen, Norway. *Am J Epidemiol* 1992;136:428-40.
6. Staessen JA, Thijs L, Fagard R, O'Brien ET, Clement D, deLeeuw PW, et al. Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. *JAMA* 1999;282:539-46.
7. Ohkubo T, Imai Y, Tsuji I, Nagai K, Ito S, Satoh H, et al. Reference values for 24-hour ambulatory blood pressure monitoring based on a prognostic criterion. *Hypertension* 1998;32:255-9.
8. Muscholl MW, Hense HW, Bröckel U, Riegger GAJ, Schunkert H. Changes in left ventricular structure and function in patients with white coat hypertension: cross sectional survey. *BMJ* 1998;317:565-60.
9. Tverdal A. A mortality follow-up of persons invited to a cardiovascular disease study in five areas in Norway.: University of Oslo; 1989.
10. Meland E, Ellekjer H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og kar-sykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:2643-7.

Utposten har feiret 30-års jubileum – lenge leve Utposten!

29. mars 2003 var tidligere og nåværende redaktører samt spesielt inviterte gjester samlet på Finnøy i Sandøy kommune langt ute i havgapet utenfor Ålesund for å feire jubilaranten. Stedsvalget var ikke tilfeldig, det var nettopp her *Utposten* så dagens lys for første gang i 1972! Tre framsynte distriktsleger banet vei for et tidsskrift der sykehusmedisinens dominans i det medisinske faget ble utfordret. Redskapene var skrivemaskin med kulehode, saks og lim, men bak disse enkle hjelpemidlene er det tydelige spor av modige, visjonære mennesker som så hva allmennmedisin kunne bli til dersom de rette ideene fikk grobunn. Vi våger å påstå at *Utposten* i disse 30 årene har levert mange gode bidrag til primærhelsetjenestens framdrift og er stolte av å være «foreldre» til en så oppegående 30-åring! Måtte de nye 30 årene være like gode for jubilaranten!

*Festtale ved jubileets dronning – Eliabeth Swensen
med tidligere redaktør Torgeir Gilje Lid som aktivt lyttende.*



FOTO: JOHN LEIR