

Nye europeiske retningslinjer for

AV TONJE A. AKSNES OG SVERRE E. KJELDSSEN

I 2007 ble nye og reviderte retningslinjer for behandling av hypertensjon fra den europeiske hypertensjonsforeningen

og den europeiske hjerteforeningen presentert.

Her gjennomgår vi sentrale momenter og endringer som norske allmennleger bør kjenne til.



Tonje A. Aksnes

er lege i spesialisering ved hjertemedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, og doktorgradsstudent ved Universitet i Oslo.



Sverre E. Kjeldsen

er seksjonsoverlege og professor ved hjertemedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Han er forhenværende president i den europeiske hypertensjonsforeningen.

De første europeiske retningslinjer for hypertensjon ble publisert i 2003 som følge av et ønske om retningslinjer som var tilpasset europeiske forhold. Selve publikasjonen av retningslinjene i Journal of Hypertension var verdens mest siterte medisinske artikkel i 2003 og 2004. De nye retningslinjene er bygd over samme lest. De vektlegger dokumentasjon – slik at legesere kan vurdere og behandle sine pasienter best mulig.

Definisjoner, korrekt måling og grenser

Grensen for – og definisjonen av – hypertensjon er systolisk og/eller diastolisk blodtrykk over 140/90 mmHg (se tabellen). Men den virkelige grensen som definerer «hypertensjon» og behovet for behandling må oppfattes som fleksibel, basert på total kardiovaskulær risiko for den enkelte pasient. Foruten absolutt systolisk og diastolisk blodtrykk, vektlegges risikofaktorer som alder, familiær belastning, røyking, abdominal fedme, metabolsk syndrom, dyslipidemi, forhøyet fastende blodsukker eller nedsatt glukosetoleranse. Videre vektlegges subklinisk målorganskade – herunder venstre ventrikkelhypertrofi, lav glomerulær filtrasjonsrate, økt s-kreatinin, mikroalbuminuri, redusert ankel-arm-index, økt veggtykkelse i karotisarterien – eller etablert diabetes mellitus, kardiovaskulær sykdom eller nyresykdom.

Ved korrekt blodtrykkmåling skal pasienten først sitte i ro i noen minutter. Legen foretar så minst to målinger med ett til to minutters mellomrom. Hos eldre og pasienter med diabetes eller mistenkt postural hypotensjon, skal blodtrykket også måles etter ett og fem minutter i stående stilling. Hvis det er stor variabilitet i kontorblodtrykk, eller høyt kontorblodtrykk hos pasienter som ellers har lav kardiovas-

kulær risiko, eller ved mistanke om behandlingsresistens, hypotensive episoder eller søvnnapnoe, er det viktig med 24-timers ambulatorisk blodtrykkmåling.

Normale gjennomsnittsverdier for 24-timers blodtrykk er lavere enn verdier for kontortrykk (<130–135/80 mmHg). De nye retningslinjene inkluderer også grenser for dag og natt, hhv. <130–135/85 mmHg og <120/70 mmHg. Egenmåling av blodtrykk hjemme har klinisk verdi hvis det kan bedre pasientens behandlingsetterlevelse, eller fremskaffe informasjon om terapeutisk effekt – uten at det medfører engstelse hos pasienten eller at pasienten selv regulerer medikasjonen. Normalverdien for hjemmeblodtrykk er også lavere enn for kontorblodtrykk (<130–135/85 mmHg). Videre bør man lete etter målorganskade så som venstre ventrikkelhypertrofi. Undersøkelse av mikroalbuminuri anses som rutine hos hypertenikere.

Behandlingsmål

Det primære behandlingsmålet er å oppnå maksimal reduksjon av den totale kardiovaskulære risiko på lang sikt. Dette krever behandling av det økte blodtrykket så vel som assosierte, reversible risikofaktorer. Hos alle pasienter skal livsstilsforandringer som røykeslutt, vektreduksjon, fysisk aktivitet og kostholdsomlegging (mindre salt/mettet fett/alkoholforbruk og mer frukt/grønnsaker) legges til grunn. Men mange trenger medikamentell behandling for å få redusert blodtrykket til under 140/90 mmHg. Hos pasienter med diabetes, nyresvikt og etablert kardiovaskulær sykdom (f.eks. tidligere TIA, hjerneslag, hjerteinfarkt, perifer karsykdom) bør blodtrykket senkes til under 130/80 mmHg.

behandling av hypertensjon

Medikamentbehandling bør startes umiddelbart ved hypertensjon grad 3, og også ved grad 1 og 2 når den totale kardiovaskulære risikoen er høy. Det viktigste er den blodtrykk-senkende effekten i seg selv. Det er påvist gunstige effekter av blodtrycksbehandling med tiazid, diuretika, β -blokkere (BB), kalsiumblokkere (CCB), ACE-hemmere (ACEI) og angiotensin-II-blokkere (ARB). Som oftest må man bruke legemidler i kombinasjon for å nå målet og kombinasjonene ACEI/diuretika, ARB/diuretika, ACEI/CCB, ARB/CCB, CCB/BB, CCB/diuretika anbefales.

Det advares mot metabolske bivirkninger av kombinasjonen diuretika og β -blokkere hos pasienter med metabolsk syndrom og risiko for diabetes. Flere studier rapporterer også gunstige tilleggseffekter av enkelte blodtrycksmedikamenter som er uavhengig av blodtrykkseffekten. Bl.a. er det vist at behandling med blokkere av renin-angiotensin-systemet kan være gunstig for å forsinke eller forebygge utvikling av diabetes, nyresvikt/mikroalbuminuri og atrieflimmer.

Pasienter med hypertensjon, kardiovaskulær sykdom eller type 2-diabetes bør vurderes med tanke på statinbehandling, for å oppnå total kolesterol under 4,5 og LDL under 2,5. Også pasienter med høy kardiovaskulær risiko (> 20 prosent risiko for hendelser i løpet av 10 år) uten etablert kardiovaskulær sykdom bør vurderes med tanke på statinbehandling – selv om total kolesterol og LDL ikke er spesielt forhøyet.

TABELL: Klassifikasjon av blodtrykksnivå (mmHg)

Kategori	Systolisk blodtrykk		Diastolisk blodtrykk
Optimal	<120	og	<80
Normal	120–129	og/eller	80–84
Høyt normal	130–139	og/eller	85–89
Grad 1 hypertensjon	140–159	og/eller	90–99
Grad 2 hypertensjon	160–179	og/eller	100–109
Grad 3 hypertensjon	≥ 180	og/eller	≥ 110
Isolert systolisk hypertensjon*	≥ 140	og	<90

Hvis systolisk og diastolisk verdi havner i ulike kategorier, skal høyeste gradering benyttes.

*Isolert systolisk hypertensjon kan graderes i grad 1,2,3, i henhold til de angitte systoliske blodtrycksverdiene

Platehemmende behandling (lavdosert acetylsalisylsyre) bør forskrives til pasienter med hypertensjon og tidligere kardiovaskulære hendelser, eller til pasienter over 50 år med moderat økt kreatininnivå eller høy kardiovaskulær risiko – såfremt det ikke er økt risiko for blødning. For å redusere risikoen for hjerneblødning, bør platehemmende behandling først startes etter at blodtrykket er under kontroll. Det er også viktig med glykemisk kontroll hos pasienter med hypertensjon og diabetes. Disse bør få dietetisk og medikamentell behandling med sikte på å senke fastende blodsukker til under seks mmol/L og HbA1c til lavere enn 6,5 prosent.

Konklusjon

De nye hypertensjonsretningslinjene legger vekt på reduksjon av den totale kardiovaskulære risikoen, ved bl.a. å fremheve risikofaktorer som metabolsk syndrom, fastende plasmaglukose, mikroalbuminuri samt målorganskade. Det advares mot betablokker i kombinasjon med diuretika hos pasienter med metabolsk syndrom eller høy risiko for diabetes. Hos høyriskopasienter med diabetes mellitus, nyresvikt/proteinuri, tidligere hjerneslag eller hjerteinfarkt skal blodtrykket senkes til under 130/80.

Kilde

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC): J Hypertens 2007; 25: 1105–1187. Eur Heart J 2007; 28: 1462–536. Blood Press 2007; 16: 135–232.

