

Högt blodtryck 2002 – oftast riskfaktor och ibland sjukdomsyftning

Hypertoni utgör fortfarande ett stort folkhälsoproblem och är en betydande riskfaktor där patientens absoluta risk bör vara vägledande för vem som skall ha behandling och hur länge.

PETER NILSSON
docent, universitetslektor, avdelningen för medicin, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se

II Debatten om synen på högt blodtryck (hypertoni) och dess behandling fortsätter, idag som under de senaste 50 åren efter det att Bertil Hood först startade med en effektiv antihypertensiv medicinering i vårt land, i oktober 1950 [1].

Tre uppfattningar

Det verkar finnas tre åsiktsläger i debatten: (a) de stora entusiasterna som vill behandla förhöjt blodtryck mer och mer rigoröst med allt lägre gränsvärden för behandlingsindikation och behandlingsmål, (b) de stora kritikerna som menar att hypertoni behandling inte är meningsfull utom för ett litet fåtal högriskpatienter och att bristande kostnadseffektivitet och medikalisering av subjektivt friska människor lägger hinder i vägen för vidgad behandling, samt (c) den stora merparten av läkare som identifierar sig med en balanserad syn på hypertoni som riskfaktor för hjärtkärlsjukdom och där patientens absoluta risk bör vara vägledande för vem som skall ha behandling och hur långt denna skall drivas.

Den sistnämnda ståndpunkten har mer och mer kommit att prägla majoriteten av svenska läkares inställning till hypertoni, bl a i spåren av den uppmärksammade SBU-rapporten 1994 om behandling av mild-måttlig hypertoni [2].

Omfattning och behandlingsgrad

Några viktiga bakgrundsfakta är att det finns omkring 800 000 hypertoniker i Sverige (den största enskilda patientgruppen) och att åldersjusterade incidenstal sannolikt minskar, men att antalet hypertoniker ökar i absoluta tal till följd av en allt mera åldrad befolkning [3]. Vidare har noterats att behandlingsmålen idag förefaller att bättre kunna uppnås än i början av 1990-talet [4], vilket har kunnat påvisas dels i en primärvårdsbaserad studie av hypertoniker vid 15 vårdcentraler [5], dels vid seriella mätningar av patienter med typ 2-diabe-

tes inom ramen för det Nationella diabetesregistret [6]. Denna gynnsamma trend kan bero på förbättrad följsamhet samt bättre och mer effektiva läkemedel, ofta i kombinationsbehandling.

Kritisk debatt om hypertoni

Kritiska kommentarer kring synen på hypertoni frågor har nyligen publicerats av Lars Werkö [7]. Han är skeptisk mot nya amerikanska rekommendationer om sänkta blodtrycksgränser och framhåller att risken för medikalisering ökar för individer i det höga normalintervallet av högt blodtryck om dessa sjukförklaras. Inledningsvis debatterar Werkö även den sekundärpreventiva PROGRESS-studien hos patienter med tidigare stroke/TIA (transischemiska attacker) utan att ge den full rättvisa i form av referens till den fullständiga publiceringen av studien [8].

Detta är synd eftersom då en del missförstånd om dess innehåll och positiva resultat hade kunnat undvikas. Eftersom denna studie publicerades i Lancet i september 2001 väcker det förvåning att den ej kom att refereras när en annan studie [9], publicerad i november 2001, refererades och kritiskt debatterades av Werkö [7].

Framinghamstudien

I den sistnämnda studien redovisas en analys från observationell epidemiologi i Framinghamstudien, som i korthet går ut på att individer med s k högt normalt blodtryck (130–139/85–89 mm Hg) ofta progredierar till manifest hypertoni (>140/90 mm Hg) efter en uppföljningstid på i genomsnitt fyra år. Slutsatsen blev att man bör mäta blodtrycket årligen för individer med högt normalt blodtryck, samt vartannat år för övriga. Slutligen anser författarna att viktkontroll är betydelsefullt för att kunna förebygga denna hypertoniutveckling.

Studien belyser ett välkänt fenomen inom hypertoni forskningen, s k tracking av blodtrycket, innebärande att individer med tilltagande åldersutveckling brukar behålla sin plats inom blodtrycksdistributionen. En diagnos av manifest hypertoni brukar föregås av ett flertal mät-

ningar med adekvat teknik (liggande, sittande, hemmätning) varför screening av blodtryck måste åtföljas av diagnostiska mätningar i förekommande fall. Detta är kanske i sig föga kontroversiellt, men slutsatser med betydelse för diagnostik och behandling kan bli kontroversiella, något som dock artikeln inte primärt vill fokusera.

Vad kan enighet uppnås kring?

Trots Werkös välkända kritiska inställning i hypertoni frågorna är det troligt att en bred enighet kan uppnås om följande saker:

1. Diagnostik av hypertoni kräver upprepade mätningar med adekvat teknik. Gränsen för etablerad hypertoni går vid ett medelblodtryck (liggande) på 140/90 mm Hg. Denna gräns är inte alltid densamma som behandlingsindikation eller behandlingsmål, vilka kan vara lägre för riskgrupper av patienter, t ex diabetiker eller njursjuka. Gränsen 140/90 mm Hg utgör således ett diagnostiskt redskap för att kunna klassificera en patient som utgångspunkt för vidare ställningstaganden, vilka bör individualiseras.
2. I Sverige gäller allmänt konceptet om värdering av absolut kardiovaskulär risk inför ställningstagande till behandling. Denna absoluta risk bedöms mot bakgrund av samtidig förekomst av en rad andra väldokumenterade riskfaktorer (Faktaruta).
3. Behandlingsindikationen ökar med stigande absolut risk enligt gällande internationella rekommendationer [10]. Tyvärr har några svenska officiella hypertoni rekommendationer

Sannolikt förekommer det såväl över- som underbehandling av hypertoni-patienter, varav dock underbehandling bör ses som det allvarligaste medicinska problemet . . .

från Läkemedelverket inte kommit på över 10 år, men sådana väntas inom 1–2 år när även SBU-rapportens uppdatering (revidering) väntas vara klar.

- Inom den evidensbaserade medicinen finns det idag synnerligen goda belägg för nyttan [10, 11] och kostnadseffektiviteten [12] av hypertoni-behandling i speciella riskgrupper, t ex diabetiker.

Ogrundat misstänkliggöra behandling

Mot bakgrund av ovanstående ter sig försök att misskreditera hypertoni-behandlingens vetenskapliga grund som ogrundade om det gäller det svenska synsättet baserat på absolut kardiovaskulär risk.

Sannolikt förkommer det såväl över- som underbehandling av hypertoni-patienter, varav dock underbehandling bör ses som det allvarligaste problemet, eftersom en sådan ofta har dokumenterats för riskgrupper där evidensen för nyttan av optimal blodtrycks kontroll knappast går att ifrågasätta [13].

Många hypertoniker har dessutom multipla riskfaktorer, och endast en minoritet har isolerad blodtrycksstegring enligt en aktuell svensk studie i Västerbotten [14]. Man fann i studien att bara 20 procent av de behandlade hypertoni-kerna var väl kontrollerade för sitt blodtryck.

Uppföljningstiden

Ett annat väsentligt argument är att fulla nyttan av hypertoni-behandling knappast kan avläsas i de traditionella kliniska studierna med begränsad duration av vanligen 3–6 år. Eftersom mycket talar för att hypertoni utgör en betydande riskfaktor för både stroke och demens (såväl av multi-infarkttyp som av Alzheimertyp), samt att hypertoni-behandling kan förebygga demensutveckling [15], innebär detta att stora potentiella vinster vid långtidsbehandling inte kan ses i korta studier.

Varje icke-letalt fall av stroke eller demens utgör inte bara ett stort mänskligt lidande för patient och anhöriga utan representerar också stora vård- och samhällskostnader.

En preventiv hypertoni-behandling kan således potentiellt spara stora pengar ifall dessa långtidseffekter fullt ut kan beräknas.

Resultat av hypertoni-behandling med mätning av effekter på kognition och demens, vid sidan av traditionella kardiovaskulära utfall, beräknas presenteras vid ISH/ESH-mötet i Prag 27 juni 2002, inom ramen för hypertoni-studien »Study on cognition and prognosis in the elderly« (SCOPE), vilken är baserad på resul-

FAKTARUTA

Kardiovaskulära riskfaktorer som ökar behandlingsindikationen vid hypertoni

Lipidrubbing

Störd glukosmetabolism/diabetes

Tobaksbruk

Vänsterkammarhypertrofi

Proteinuri/njursjukdom

Stroke/TIA

Ischemisk hjärtsjukdom (individualiserad trycksänkning)

Perifer kärlsjukdom (individualiserad trycksänkning)

Familjehistoria på kardiovaskulär sjukdom

Bukfetma

tat från nästan 5 000 äldre hypertoni-patienter [16].

Sammanfattande syn på hypertoni-vården

Sammanfattningsvis utgör hypertoni fortfarande ett stort folkhälsoproblem och är en betydande riskfaktor, nu liksom 1974 när Lars Werkö själv poängterade vikten av behandling, samt att individer i riskzonen bör följas över tid för att skilja ut individerna med progress till manifest hypertoni [17]. Detta gäller enligt dagens kunskapsläge inte bara risken för cerebro-kardiovaskulär sjukdom utan även för demens av Alzheimertyp. Svårigheterna i att säkert skilja ut ett helt normalt blodtryck från ett patologiskt förhöjt poängterades av Werkö, liksom tidigare av Sir George Pickering [17]. Därför krävs upprepade mätningar, framför allt hos riskindivider.

Underdiagnostik och underbehandling

Underdiagnostik och underbehandling av hypertoni utgör sannolikt fortfarande ett större kliniskt/medicinskt problem än överbehandling [18], trots att överbehandling säkert även förekommer bland vissa grupper där kostnadseffektiviteten är mycket låg, t ex bland i övrigt friska, premenopausala unga kvinnor [2]. En grund för detta påstående är att underbe-

handling hos definierade riskgrupper kostar liv och hälsa, t ex bland diabetiker, njursjuka samt hos patienter med tidigare manifestation av cerebro-vaskulär sjukdom (PROGRESS) att döma av ett flertal studier inom den evidensbaserade medicinen.

Överbehandling kostar pengar och kan tänkas medikalisera vissa individer, men lär ej påverka morbiditet eller mortalitet negativt eftersom inget modernt hypertoni-läkemedel har visat sig vara farligare än placebo.

En optimal hypertoni-vård

En optimal hypertoni-vård bör präglas av helhetssyn, individualiserad behandling, kostnadseffektivitet och vara evidensbaserad. Siktet bör vara inställt mot framtiden och en förbättrad och lättillgänglig vård på basen av såväl livsstils-åtgärder som anpassad farmakoterapi; inte blicka i bakspeglarna med en återgång till tidigare decenniers synsätt präglad av en mer begränsad syn på hypertoni-tillståndet och dess komplikationer samt en idag föråldrad, betydligt mer rigid behandlingsfilosofi (»stepped-care model«).

Väntar på uppdaterade uppgifter

Läkemedelsverkets uppgift är att utfärda rekommendationer för läkemedels korrekta användande i Sverige, medan SBU:s uppgift är att samla den evidensbaserade medicinska grunden för ställningstagande i kliniska frågor. Ett samarbete lär kunna ge bäst resultat, men de två statliga myndigheterna har inte helt identiska roller utan bör komplettera varandra. Vi väntar på nya uppdaterade svenska rekommendationer för hypertoni-vård!

Jävsdeklaration

Peter Nilsson är ej anställd av någon organisation eller företag utanför universitet eller offentlig sjukvård, samt innehar ej aktier i läkemedelsindustri.

Referenser

- Nilsson P, Werkö L. Den tidiga hypertoni-forskningen i Sverige – en medicinhistorisk översikt. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift 2001;5:61-74.
- SBU. Mätligt förhöjt blodtryck. SBU rapport 121. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1994.
- Nilsson P. Faktorer tidigt i livet kan påverka incidensen av hjärt-kärlsjukdomar. Läkartidningen 2002;99:642-3.
- Nilsson P, Andersson DKG, Andersson PE, Schwan Å, Östlund B, Malmberg R, et al. Cardiovascular risk factors in treated hypertensives – a nation-wide, cross-sectional study in Sweden. J Intern Med 1993; 233: 239-45.
- Cederholm J, Nilsson P, för Q-Heart studie-

- gruppen. Blodtryckskontroll och andra riskfaktorer hos behandlade hypertoner – trender under 90-talet. (Abstract). Sektionen för allmänmedicin. Riksstämman 2000.
6. Nilsson PM, Gudbjörnsdottir S, Eliasson B, and Cederholm J, for the Steering Committee of the National Diabetes Register, Sweden. Hypertension in diabetes – trends in control and relation to macrovascular morbidity in repeated national surveys from Sweden. *J Hypertens* 2002 (submitted manuscript).
 7. Werkö L. När är högt blodtryck en sjukdom? Amerikanska studier rekommenderar sänkt gräns för behandling – men är syftet egentligen att öka försäljningen av blodtryckssänkande medel? *Läkartidningen* 2002;99:256-60.
 8. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. PROGRESS Collaborative Group. *Lancet* 2001;358:1033-41.
 9. Vasan RS, Larson M, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001;358:1682-86.
 10. Kjeldsen SE, Farsang C, Sleigh P, Mancia G. 1999 WHO/ISH hypertension guidelines – highlights and esh update. *J Hypertens* 2001;19:2285-8.
 11. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE-inhibitor, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;356:1955-64.
 12. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes: UKPDS 40. *BMJ* 1998;317:720-6.
 13. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998;317:703-13.
 14. Persson M, Carlberg B, Mjorndal T, Asplund K, Bohlin J, Lindholm L. 1999 WHO/ISH Guidelines applied to a 1999 MONICA sample from northern Sweden. *J Hypertens* 2002;20:29-35.
 15. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Birkenhager WH, Babarskiene MR, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet* 1998;352:1347-51.
 16. Hansson L, Lithell H, Skoog I, Baro F, Banki CM, Breteler M, et al. Study on cognition and prognosis in the elderly (SCOPE): baseline characteristics. *Blood Press* 2000;9:146-51.
 17. Werkö L. Editorial: Raised arterial blood pressure-time for intervention? *Acta Med Scand* 1974;195:145-6.
 18. Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *Lancet* 2001;358:1305-15.

Emotionalisera somatiseringen!

Det skulle vara värdefullt att inte bara kunna förklara en process med att patienter somatiserar, utan också om möjligt att hjälpa patienterna att förstå sin somatisering, eller annorlunda uttryckt emotionalisera sin somatisering. Detta påpekas med anledning av den serie under vinjetten svårförståeliga sjukdomar som tog upp psykologiska påfrestningar som tar kroppslig gestalt utan att det föreligger någon konstaterad bakomliggande kroppslig förändring.

LARS HÄRDELIN

specialist i invärtesmedicin och allmän psykiatri, privatpraktiserande psykoanalytiker och handledare för grupper inom allmänmedicin och somatisk specialistvård
lars.hardelin@ptj.se

■ I en serie artiklar diskuterades de så kallade svårförståeliga sjukdomarna i *Läkartidningen* 51–52/2001. Fenomenet gavs även en framträdande plats via en medicinsk kommentar av Jörgen Malmquist. Författarna syftade på de besvärbilder där psykosociala påfrestningar tar kroppslig gestalt (»somatiseras«), utan att det föreligger någon konstaterad bakomliggande kroppslig förändring, vilken på ett tillfredställande sätt kan förklara de besvär som beskrivs.

Detta förhållande står samtidigt i kontrast till patientens egen upplevelse av att hennes symtom orsakas av någon faktisk sjukdom, för vilken hon också söker hjälp. Lite mer specifika tillstånd som kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgia elallergi, amalgamöverkänslighet m m inrangeras i beskrivningen. Temat syntes synnerligen angeläget då antalet patienter som är bärare av dessa tillstånd är omfattande, och handläggningen är mycket kostnadskrävande, kanske framför allt på grund av dess just svårförståeliga natur.

Invändningar

Robert Olin gör i ett inlägg i *Läkartidningen* 8/2002 (sidorna 815–6) några väsentliga invändningar. Han poängterar att även om patienternas besvärsmål med tillgängliga utredningar i dag inte går att förklara, så kan nya kunskaper successivt nås som ger dessa svårbegripliga sjukdomsbilder en biologisk förklaring. Han hänvisar bl a till den snabbt växande neurovetenskapliga kunskapen där orsaksfaktorer kan återfinnas. Och

utan tvekan är det så att medicinska framsteg medför att patientgrupper som tidigare bedömts ha en psykologisk problematik visar sig ha faktiska sjukdomar. Så även om man har goda skäl att tro att patienten »somatiserar« kan man som Robert Olin menar i princip aldrig utesluta en somatisk förklaring. Robert Olin drar i detta osäkra diagnostiska läge dock den något märkliga slutsatsen att man som doktor bör somatisera problemet genom att ställa kroppsligt orienterade diagnoser. Att doktorn somatiserar skulle vara mindre kränkande och skapa mindre komplikationer än att han psykologiserar, dvs förstår fenomenet som en av patienten utförd somatisering.

Ensam och övergiven i en husvagn.

Låt mig då presentera en patient vars sjukdomsbild tycks överensstämma så gott som helt med definitionen av en s k »svårförståelig sjukdom«. Lilian var en kvinna strax över 30 som sedan några år besvärats av allmän trötthet, sömnsvårigheter och en diffus värk. Hon hade länge oroats för vad som låg bakom hennes symtom men dröjt med att söka läkare. När hon sedan någon månad fått ett utslag över ansiktet hade hon förstätt vad det handlade om. Det måste komma från bildskärmen. Hon led av ellallergi. För att börja någonstans ville hon ha en allmän undersökning. Den visade normala förhållanden. När hon fick beskedet ville hon ha en remiss till Hud och kontakta en patientförening. Motvilligt, men ändå med viss nyfikenhet, tog hon också emot erbjudandet att samtidigt se om psykologiska samband kunde föreligga.

Först kom vi att tala om hennes föreställningar om sjukdomen. Hon var oroad och förstod att hennes liv skulle bli begränsat. Eller som hon uttryckte det: »Man kommer att hamna ensam och övergiven i en husvagn«. Därifrån vandrade samtalen över till hennes livssituation. Nästan i förbigående nämner Lilian