

Resistent hypertoni: nya utsikter för svårbehandlad grupp



THOMAS KAHAN, professor, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus AB, Stockholm
thomas.kahan@ds.se

Förhöjt blodtryck är den viktigaste riskfaktorn för förtida sjuklighet och död [1]. Omkring 2 miljoner av Sveriges befolkning har hypertoni [2]. Antihypertensiv behandling har väldokumenterade effekter och är kostnadseffektiv [2]. Ändå når bara en av tre behandlade patienter ett allmänt vedertaget målblodtryck på <140/90 mm Hg [3].

Flera orsaker bidrar troligen till att så få når målblodtryck, t ex bristande följsamhet till förskrivna åtgärder, brister i vårdens organisation eller att patienten har opptäckt sekundär hypertoni. Blodtrycket stiger ofta vid sjukvårdskontakter. Ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar eller hembloodtryck ger ofta viktig information och bör användas oftare [4, 5].

Om man uteslutit andra kända orsaker till förhöjt blodtryck och patienten trots behandling med tre olika läkemedelsklasser i adekvat dosering fortfarande har högt blodtryck betecknas detta som sann terapiresistent hypertoni [6]. En alternativ definition är att fyra eller flera läkemedelsklasser krävs för att kontrollera blodtrycket.

Man uppskattar att 10–20 procent av alla patienter med hypertoni har resistent hypertoni, och denna prevalens ökar [7]. Ofta kan tillägg av alfa-receptorblockerare och aldosteronantagonist vara av värde. Det finns dock fortfarande ett stort behov av alternativ effektiv terapi vid resistent hypertoni.

Det sympatiska nervsystemet är viktigt för att reglera blodtrycket, och ökad sympatisk nervtrafik till njurarna är av stor betydelse. Med ny perkutan endovaskulär kateterburen metodik kan man med radiofrekvensablation åstadkomma en selektiv sympatisk denervation av njurarna [8].

Bengt Rundqvist och medarbetare redovisar i detta nummer av Läkartidningen tidiga svenska erfarenheter av denna metod. Ingreppet tycks säkert och är relativt lätt att genomföra samt

ger en betydande blodtryckssänkning. Detta bekräftar resultaten från tidigare kliniska studier [9].

Andra nyligen publicerade preliminära resultat talar för att renal denervation kan ge regress av strukturella förändringar i hjärta och kärl [10, 11], förbättra glukosmetabolismen [12] och situationen vid obstruktivt sömnapné syndrom [13] samt vara gynnsamt vid allvarliga kammararytmier [14]. Detta talar för effekter genom att reducera renal afferent nervimpulstrafik till centrala nervsystemet utöver lokal påverkan av njurarna. Renal denervation tycks inte påverka njurfunktionen negativt vid kronisk njursvikt stadium 3–4 [15]. Studier av patienter med hjärtsvikt (som karakteriseras av ökad sympatisk nervaktivitet till flera organ) pågår.

Det finns dock viktiga begränsningar med denna lovande metodik. De publicerade studierna är ännu få och små, och de begränsas till patienter med resistent hypertoni. Effekterna på ambulatoriskt uppmätt blodtryck över dygnet är dessutom ofullständigt undersökta. Behandlingseffekten tycks bestå under åtminstone tre år, men få patienter har ännu följts upp så lång tid.

Patienter med resistent hypertoni löper hög kardiovaskulär risk, där blodtrycket är en av flera riskfaktorer. Det är viktigt att bedöma patientens totala kardiovaskulära risk och att initiera och följa upp behandlingen av samtliga riskfaktorer. Renal denervation är ny metodik och bör därför samlas till multidisciplinära centra med kompetens för omhändertagande av patienter med hög kardiovaskulär risk och svårbehandlad hypertoni. Detta betonas särskilt av aktuella europeiska rekommendationer för renal denervation [16].

Renal denervation finns i dag tillgänglig på specialiserade centra i Malmö, Göteborg, Örebro, Stockholm och Umeå.

En väl strukturerad och dokumenterad utredning, intervention och uppföljning av patienter som genomgår renal denervation ger goda möjligheter att systematiskt utvärdera behandlingsresultat. En arbetsgrupp för renal denervation inom Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin skapar nu ett register för att stödja en

FAKTA 1.

Selektion och utredning inför eventuell renal denervation

- Primär hypertoni
- 18–85 år, terapiresistent hypertoni
- Exklusion: eGFR <15 ml/min/1,73 m², diabetes typ 1, betydande hjärtvitium, allvarlig hjärt-kärlhändelse under de senaste 6 månaderna

Primär utredning

- Anamnes, status och rutinprov
- Ambulatorisk blodtrycksmätning under 24 timmar
- Överväg sekundär hypertoni och obstruktivt sömnapné syndrom
- Uteslut njurartärstenos
- Remittera för eventuell kompletterande utredning/renal denervation

strukturerad uppföljning av alla patienter som behandlas i Sverige. Man har också ett samarbete med motsvarande europeiska nätverk.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är ansvarig för forskningsprojekt med stöd från läkemedelsindustrin till Karolinska institutet.

REFERENSER

2. Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport 170/1–2. Uppdatering 2007 SBU-rapport 170/1U.
3. Qvarnström M, Wettermark B, Ljungman C, et al. Antihypertensive treatment and control in a large primary care population of 21167 patients. *J Hum Hypertens.* 2011;25:484–491.
7. Roberie DR, Elliott WJ. What is the prevalence of resistant hypertension in the United States? *Curr Opin Cardiol.* 2012;27:386–393.
16. Schmieder RE, Redon J, Grassi G, et al. ESH position paper: renal denervation – an interventional therapy of resistant hypertension. *J Hypertens.* 2012;30:837–41.

LÄS MER Artikel sidan 86
Fullständig referenslista Läkartidningen.se

SAMMANFATTAT

Terapiresistent hypertoni är förenat med hög kardiovaskulär risk. **Renal denervation** med endovaskulär kateterburen metodik ger betydande sänkning av blodtrycket. **Metoden kan vara** ett värdefullt tillskott vid behandling av terapiresistent hypertoni. **Verksamheten bör** samlas till multidisciplinära centra med särskild kompetens.