

Kardiologer bør være bærebjelken i utredning av hypertensjonspasienter

Per Anton Sirnes

Selv om vi har tilgjengelig et økende antall medikamenter til behandling av hypertensjon er det mange pasienter som ikke er optimalt behandlet slik det er beskrevet i de siste retningslinjene fra ESC. Organiseringen av utredning og oppfølging av blodtrykkspasienter varierer mye både på europeisk og nasjonalt nivå. I Norge er det få organiserte blodtrykkspoliklinikker på sykehusene. Utredning og oppfølging av hypertensjon er definert som en oppgave for allmennpraktikerne, og spesialisthelsetjenesten er i ulik grad engasjer i utredning og oppfølging av hypertensjonspasienter. Siden hypertensjon både kan være en følge av og årsak til nyresykdom, er ansvaret og interessen for hypertensjon i mange helseforetak ivarettatt primært av nefrologer. Slik jeg ser det, har mange sykehusbaserte kardiologer hatt liten interesse for hypertensjon og har ervervet seg lite trening i utredning og behandling av hypertensjonspasienter.

Hva bør være kardiologenes rolle i hypertensjonsutredningen? Selv om de diagnostiske og terapeutiske mulighetene var færre for 20 år siden, var det på et vis "lettere" å evaluere blodtrykkspasienten. Evaluering ble gjort av allmennpraktiker som etter å ha konstatert et forhøyet blodtrykk ved gjentatte adekvate målinger og et minimum av basalprøver mht. nyrefunksjon og blodsukker startet opp behandling

Det har vært et paradigmeskifte i vurderingen av hypertensjonssykdommen der man ikke lenger vurderes primært en numerisk blodtrykkverdi, men ser på hypertensjon som en kompleks kardiovaskulær sykdomstilstand der vurderingen av det aktuelle blodtrykket alltid relateres til graden av kompliserende kardiovaskulære og metabolske risikofaktorer, grad av subklinisk eller klinisk organskade og den totale

kardiovaskulær risikoprofil. Dette innebærer at en pasient med et blodtrykk på 152/92 mmHg uten noen risikofaktorer kan håndteres primært ikke-farmakologisk med oppfølgende kontroller for uker eller måneder, mens en annen pasient med mikroalbuminuri, nedsatt glukosetoleranse og en venstre ventrikkel masseindeks på 135g/m² bør starte opp medikamentell behandling med et blodtrykk på 135/82 mmHg. Det er således det totale kliniske bilde mer enn det aktuelle blodtrykket som teller mest.

Hvordan bør man så i 2008 evaluere hypertensjonspasienten? Det er naturlig at førstelinjetjeneste med allmennpraktikere og bedriftsleger gjør den initiale blodtrykksscreeningen og de anbefalte initiale tester (tabell 1). For en grundig evaluering av den hypertensive pasienten slik det er beskrevet i 2007-retningslinjene til ESH/ESC, bør vi som kardiologer spille en avgjørende rolle (tabell 2). En grundig evaluering av hypertensjonspasienten med ekkokardiografi og vaskulær ultralyd vil bidra til å kartlegge sykdom og risiko på en mye bedre måte enn mange pasienter i dag blir gjenstand for. Forekomst av venstre ventrikkelhypertrofi vil ofte være en avgjørende faktor mht. behandlingskategori og intensitet. Ved å bruke 5-15 minutter ekstra ved undersøkelsesbenken kan vi også kartlegge abdominalaorta, se på carotis mht. grad av intima-media-fortykking og begynnende plakk-dannelse og med noe mer trening vil mange også vurdere nyrestørrelse og nyrearterier. Det er vi som kardiologer ved ekkobenken som har den unike muligheten. Praktiserende kardiologer og generelt orienterte sykehuskardiologer bør ta opp hansken og bidra til bedre og mer omfattende utredning av hypertensjonspasienter i nært samarbeid med våre allmennpraktiserende kolleger.

Oversatt etter et innlegg av Sirnes i ESC
E-news: <http://www.escardio.org/bodies/councils/ccp/evaluation-hypertension.htm>

Tabell 1

Initiale screeningtester ved allmennpraktiker

- Kroppsvekt og BMI-beregning
- Bukomkrets
- Hb/hct
- Fastende blodsukker
- Fastende triglyserider
- Total-kolesterol
- HDL-kolesterol
- LDL-kolesterol
- S-kalium
- S-urinsyre
- S-kreatinin
- Estimert glomerulær filtrasjonsrate
- Urin-us. inkl. mikroalbuminuri
- EKG
- Oftalmoskopi

Tabell 2

Tilleggster som kan (og bør) utføres av kardiolog

- Grad av VV-hypertrofi, helst uttrykt som VV-masseindeks
 - Vurdere global venstre ventrikkelfunksjon
 - Evaluere diastoliske egenskaper (v. atrium volumindeks, diastoliske fylningsparametre og vevsdopplerhastighet)
 - Vurdere evt. grad av aorta ascendens-dilatasjon
 - Utelukke aneurysme av aorta abdominalis
 - Utelukke polycystisk nyresykdom
 - Måle grad av karotis-IMT
 - Se etter karotisplakk/stenoser
 - Ankel-arm-indeks-måling
 - Belastnings-EKG
 - Glukosebelastning hos disponerte pasienter
 - (Pulsbølgehastighet og "augmentation index")
-