

Videnskabelig Leder

Seponering af blodtrykssænkende medicin hos ældre – primum non nocere

Bo Christensen

Institut for Folkesundhed – Almen Medicin, Aalborg Universitet

Ugeskr Læger 2025;187:V05250377. doi: 10.61409/V05250377

Medicingennemgang og seponering af unødvendig medicin har fået stor opmærksomhed i de seneste år. Mange gange er det relativt let at tage stilling, specielt ved symptombehandling. Når det gælder forebyggende medicin, er det derimod en noget vanskeligere problemstilling.

Hypertension er ikke kun en vigtig risikofaktor for hjertesygdomme men også for neurologiske sygdomme som apopleksi og demens samt nyresygdomme. Og ses hyppigt hos ældre, som også ofte har flere kroniske sygdomme. Blodtrykssænkende medicin har vist sig at reducere risikoen for både stroke og hjertesygdomme. Over halvdelen af alle over 80 år får blodtryksnedsættende medicin [1].

Men behandling med antihypertensiva har også bivirkninger. Behandlingen er forbundet med øget risiko for bl.a. hypotension, synkope, faldtendens, elektrolytforstyrrelse og påvirkning af nyrerne [2] og ses hyppigere hos ældre. Polyfarmaci og interaktioner er også problematiske ved ældre, fordi de øger risikoen for bivirkninger, fejl, nedsat behandlingseffekt og nedsat livskvalitet.

Det rejser et centralt spørgsmål: Ved vi egentlig, om behandlingen gør mere skade end gavn hos skrøbelige ældre?

Cochrane udgav 2025 en opdateret litteraturgennemgang om »Withdrawal of antihypertensive drugs in older people« hvor older er defineret som 50+ år [3]. Og hovedkonklusionen er stort set uændret fra sidst:

»Discontinuing antihypertensives may result in little to no difference in mortality, hospitalisation, and stroke. The evidence is very uncertain about the effect of discontinuing antihypertensives on myocardial infarction and adverse drug reactions, and adverse drug withdrawal reactions.

Discontinuing antihypertensives may result in an increase in blood pressure. There was no information about the effect on falls. The evidence was of low to very low certainty, mainly due to

small studies and low event rates. These limitations mean that we cannot draw any firm conclusions about the effect of deprescribing antihypertensives on these outcomes«.

Umiddelbart kunne konklusionen være, at det er relativt risikofrit at forsøge at seponere blodtryksmedicin hos ældre patienter. Men da studierne har betydelige begrænsninger, de bygger på små populationer, et lavt antal tilfælde og kort opfølgning (højst 56 uger), giver det ikke klinikere et sikkert grundlag for at træffe beslutning om at seponere blodtryksænkende medicin.

Forfatterne foreslår, at man gennemfører flere randomiserede kontrollerede studier for at vurdere risici og eventuelle gevinster ved at seponere blodtryksmedicin hos ældre. Personligt tvivler jeg dog på, at patienterne vil deltage i sådanne studier. Selektionsbias vil også være sandsynligt, og det vil begrænse muligheden for at drage generelle konklusioner. En alternativ tilgang kunne være at anvende observationsstudier til at undersøge effekten af interventioner [4]. Som det er gjort for statiner. Et kohortestudie med knap 30.000 ældre patienter i polyfarmaci viste, at seponering af statiner var associeret med en øget risiko for hospitalsindlæggelse og død af enhver årsag [5]. Måske er antihypertensiv behandling anderledes? Vi ved det ikke med sikkerhed.

Hvad gør man så som kliniker? Det korte svar er: Man må tage individuelle beslutninger – sammen med patienten. En mulig fremgangsmåde kan være at følge fem trin:

Identificér patienter med flere komorbiditeter og betydeligt funktionstab. De har høj risiko for negative konsekvenser af polyfarmaci, lavt blodtryk og skrøbelighed (evt. frailty index).

Tjek, at blodtrykket er målt korrekt (hjemme over tre dage eller uobserveret automatisk måling). Hvis den ældre patient er overbehandlet, er det oplagt at få saneret medicinen.

Vælg lægemidler til seponering – start med de mest uhensigtsmæssige lægemidler med de potentielt mest udtalte bivirkninger hos ældre.

Nedtrap den blodtryksnedsættende medicin med fire ugers mellemrum.

Monitorér blodtrykket, og vurder bivirkninger. Hvis bivirkningerne ikke forsvinder, skyldes de nok ikke den blodtryksnedsættende behandling.

Det vigtigste er dog at inddrage patienten i beslutningsprocessen – med den usikkerhed, der nu følger med. Og netop derfor bør vi minde os selv om det ældste princip i medicin: *primum non nocere*.

Korrespondance Bo Christensen. E-mail: bc@ph.au.dk

Publiceret dato

Interessekonflikter BC oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk og Amgen/Novartis. Forfatter har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V05250377

doi doi: 10.61409/V05250377

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

REFERENCER

1. Hjerteforeningen. Fakta om hjerte-kar-sygdom i Danmark.
<https://hjerteforeningen.dk/forskning/fakta/noegletal/> (10. jul 2025)
2. Mangoni AA, Jackson SHD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol. 2004;57(1):6-14. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x>
3. Gnjjidic D, Langford AV, Jordan V, et al. Withdrawal of antihypertensive drugs in older people. Cochrane Database Syst Rev. 2025;3(3):CD012572. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012572.pub3>
4. Soerensen HT. Randomiserede versus observationelle studier til undersøgelse af effekten af interventioner. Ugeskr Læger. 2025;187(6):V12240879. <https://doi.org/10.61409/V12240879>
5. Rea F, Biffi A, Ronco R, et al. Cardiovascular outcomes and mortality associated with discontinuing statins in older patients receiving polypharmacy. JAMA Netw Open. 2021;4(6):e2113186. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.13186>