

Et sundt blodtryk

LEDER

Grethe Andersen

Blodtrykket er centralt, når det gælder at bevare en sund hjernefunktion livet igennem. Dette udsagn gælder for raske mennesker. Men det gælder også blandt patienter med følgerne efter en apopleksi, hvor hypertension kan være den direkte årsag eller en væsentlig del af årsagen til selve apopleksien [1].

Det glædelige er, at det for patienten med apopleksi generelt er påvist, at nedjustering af blodtrykket har en profylaktisk virkning med en absolut risiko-reduktion for ny apopleksi på op mod 6% over fire år [2]. Ud fra de foreliggende undersøgelser kan man ikke pege på subtyper af apopleksi, hvor virkningen udebliver. Der er heller ikke påvist en nedre grænse for virkningen af at sænke blodtrykket, og opgaven er derfor ikke så meget at fokusere på hypertension, som at sænke blodtrykket. Der kan ikke ud fra litteraturen peges på præparater eller kombination af præparater, der har superior virkning [1]. Der kan være komorbiditet og individuelle bivirkninger, der skal tages hensyn til, men udbuddet af blodtryks-sænkende præparater, der er testet ved apopleksi, er stort. Det burde således være muligt at opnå store gevinster i profylaksen mod ny apopleksi, men desværre viser praksis, at profylaksen ikke er tilfredsstillende [3]. Årsagen til den utilfredsstillende praksis er ikke klar, men den skyldes formentlig flere sammenhænge, som de kontrollerede studier ikke belyser. For dårlig patientinformation, svigtende kompliance, manglende professionel intervention og dårlige socioøkonomiske forhold er mulige forklaringer, men større viden om de specifikke gevinster ved blodtryks-sænkende behandling eksempelvis ved høj alder, vil formentlig også kunne forbedre praksis.

Hypertension forekommer ved tre patofysiologiske forskellige typer af apopleksi, hvoraf den enkelte patient kan have flere typer samtidigt [4]. Hypertension beskrives som årsag til 50% af hæmoragisk apopleksi, og er karakteristisk for blødninger lokaliseret i perforantarterierne i basalganglieområderne og hjernekammen. Blodtryks-sænkende behandling er her essentiel og eneste evidensbaserede behandling. Den blodtryks-sænkende behandling kan formentlig med fordel påbegyndes i den akutte fase.

Hypertension forekommer som led i udviklingen af den typiske aterosklerotiske apopleksi, hvor der findes karforandringer med plaques svarende til de præ- og intracerebrale kar. Den blodtryks-sænkende behandling er her en del af den profylaktiske behandling, som også inkluderer kolesterolsænkende og antitrombotisk behandling samt korrektion af livsstil

(rygeophør, fysisk aktivitet, kostråd). Justering af blodtrykket bør ske gradvist over ca. 3 mdr., da hurtig sænkning af blodtrykket kan forårsage hypoperfusion pga. karstenoser og ophævet autoregulering i de berørte kars forsyningsområder. Blodtrykket må i enkelte tilfælde med multiple karstenoser accepteres at være højere end det generelt anbefalede behandlingsmål, som i Danmark er på < 130/80 mmHg.

Endelig er hypertension central for udviklingen af diffus småkarssygdom, som især ses blandt de ældre patienter med apopleksi, ofte uden at der kan påvises andre aterosklerotiske manifestationer. Hos disse patienter udvikler sygdommen sig snigende og opdages måske først efter en mindre apopleksiepisode, når skanningen samtidig viser udbredte hjerneforandringer i den hvide substans (leukoaraiose). Gevinsten af blodtryks-sænkning hos denne type patienter er at bremse udviklingen af vaskulær demens [5].

I Danmark er behandlingen af apopleksi i de senere år blevet væsentligt forbedret takket være en god organisation med fokus på både den akutte behandling og tværfagligt samarbejde i specialiserede apopleksiafsnit. Der er store gevinster at hente i en forbedret profylakse mod ny apopleksi, og blodtryksjusterende behandling er central og har en vel-dokumenteret virkning. Opfølgningen af patienter med apopleksi er desværre ikke systematisk og varierer fra region til region. Systematiske opfølgninger efter akut apopleksi er en udfordring, som vi skal blive bedre til at løse i et samarbejde mellem primær og sekundær sundhedssektor. I Sundhedsstyrelsens »Forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade« herunder apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi fra 2011 anbefales den patientrettede forebyggelse iværksat i sygehusregi med efterfølgende kontrol hos egen læge. Implementeringen af forløbsprogrammet skal udmøntes i regionale planer, som beskriver samarbejdet og sikrer de nødvendige resurser. Regionerne har entydigt fået opgaven.

LITTERATUR

1. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009;338:b1665.
2. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001;358:1033-41.
3. Knudsen SB, Strandgaard S, Paulson OB. Sekundær prævention af apopleksi med effektiv antihypertensiv behandling. *Ugeskr Læger* 2013;175:1024-28.
4. Khan U, Porteous L, Hassan A et al. Risk profile of cerebral small vessel disease and its subtypes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:702-6.
5. Fournier A, Oprisio-fournier R, Serot JM et al. Prevention of dementia by antihypertensive drugs: how AT1-receptor-blockers and dihydropyridines better prevent dementia in hypertensive patients than thiazides and ACE-inhibitors. *Expert Rev Neurother* 2009;9:1413-31.

KORRESPONDANCE:

Grethe Andersen,
Neurologisk Afdeling,
Aarhus Universitetshospital,
Nørrebrogade 44,
8000 Aarhus C.
E-mail: greander@rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen