

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;182:V205032

Hvordan skal vi screene for hypertension?

Hans Ibsen

Ugeskr Læger 2020;182:V205032

Forhøjet blodtryk er den vigtigste risikofaktor for udvikling af alvorlige hjerte-kredsløbs-sygdomme [1, 2]. Det er den vigtigste risikofaktor for apopleksi [2]. Veltilrettelagt intervention kan næsten altid føre til normalisering af blodtrykket og markant reduktion i sygelighed og dødelighed, som påvist i randomiserede undersøgelser [2].

Hypertension er en hyppig tilstand, der omfatter 50-60% af 60+-årige [2]. Det ligger snublende nært at antage, at screening for hypertension vil føre til mindsket sygelighed og dødelighed. Det er intuitivt og pragmatisk! De basale kriterier er til stede: nemt og billigt værktøj til verificering af diagnosen, stor viden, effektiv behandling, et sundhedssystem, som burde kunne håndtere og fastholde followup.

Et nyligt publiceret Cochrane review [3] havde som målsætning at vurdere, hvilken screeningsform der havde størst virkning: massescreening, fokuseret screening af højrisikopersoner eller opportunistisk screening af personer, der er i kontakt med sundhedssystemet.

Ud fra deres meget detaljerede selektionssystem startede de med 9.335 mulige studier. Ved nøje gennemgang reduceredes de til 64 artikler. Af disse var der ingen, der fandt nåde for deres samlede inklusionskriterier – som de skriver »an empty review«. Langt de fleste blev ekskluderet pga. manglende kontrolgrupper. Det er svært at afgøre, om der virkelig ikke var enkelte studier, der fortjente inklusion. De kommenterede kun nogle få artikler, men de gav ikke klar dokumentation for effekt af screening. Hvordan kan det være så svært? Det er et faktum, at langt de fleste personer med forhøjet blodtryk er symptomfrie »sunde og raske«. Man kan altså kun finde dem i tide ved at måle blodtrykket, inden de får komplikationer.

En af de bedst tilrettelagte undersøgelser til vurdering af gevinst ved screening for risikofaktorer for hjerte-kar-sygdomme er det danske Inter-99-studie [4]. Det er ikke et regelret blodtrykscreeningsprogram, men en identificering af en samlet risikoprofil vurderet med Precardprogrammet (som senere blev til Heartscore). Man inviterede et stort tilfældig udsnit af befolkningen på Vestegnen i hovedstadsområdet til screeningundersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer og efterfølgende livsstilsintervention. En højrisikogruppe fik specielle

interventionskonsultationer. Baggrundsbefolkningen var kontrolgruppe.

Efter ti års followup var der ingen forskel på kontrol- og interventionsgrupperne på trods af en ressourcekrævende indsats. Hvad gik der galt? Når en forskningsinstitution inviterer via brev, kan det tænkes, at man ikke får fat i den del af befolkningen, der har størst behov for hjælp til livsstilsændringer – de udebliver. Omkring 50% mødte ikke op, men indgår alligevel i intention to treat-analysen. Der var frafaldsproblemer under followup. Deltagelsesprocenten er nok større, hvis praktiserende læger indkalder, ligesom i Ebeltoftscreeningsundersøgelserne [5], hvor man havde delvis succes med reduktion i risikofaktorerne, men ingen gevinst på hårde endepunkter.

Man kan ikke konkludere, at screening ikke virker, men at den ikke har dokumenteret effekt. Mulige årsager: Frafall ved inklusion og followup samt for lille interventionseffekt.

Et populationsbaseret screeningsprogram fra 1979, Hypertension Detection and Follow-up Program [2], viste en markant reduktion i morbiditet og mortalitet i den intensivt behandlede gruppe over fem år, men der var ingen reel kontrolgruppe, og der blev ikke analyseret efter intention to treat.

Det hævdes jævnligt, at screening fører til overdiagnosticering, overbehandling og sygdomsstigmatisering. På hypertensionsområdet er problemet i høj grad underdiagnostik og underbehandling [1, 2]. Almindelige klinikmålinger er til initial vurdering, mens hjemmeblodtryksmålinger, døgnmålinger og uobserverede klinikmålinger er til præcis diagnostik og opfølgning [1, 2] samt velindiceret behandling, og overbehandling undgås.

Opgaverne ligger på almen praksis' skuldre. Ønsket kunne være, at man i praksis kendte blodtrykket hos alle sine patienter, en slags opportunistisk screening.

KORRESPONDANCE: *Hans Ibsen*. E-mail: ibsen.hans.dk@gmail.com

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Ibsen H. Blodtryksnedsættende behandling hos ældre. *Ugeskr Læger* 2019;181:V70693.
2. Willams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018;39:3021-104.
3. Schmidt BM, Durao S, Toews I et al. Screening strategies for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5:CD013212.
4. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U et al Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *BMJ* 2014;348:g3617.
5. Lauritzen T, Jensen MSA, Thomsen MSA et al. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs *Scand J Pub Health*

2008;36:650-61