

Léčba hypertenze starších osob a její úskalí

Jiří Widimský

III. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha

Vysoký krevní tlak je u starších osob nad 65 let velmi častý a týká se nejen systolicko-diastolické, ale i izolované systolické hypertenze. V textu jsou sumarizovány základní terapeutické přístupy k léčbě hypertenze starších osob. Jsou diskutována i možná úskalí a komplikace v léčbě, které se týkají zejména velmi starých, křehkých osob s funkčními poruchami a omezenou soběstačností. Je doporučována jen pozvolná uptitrace antihypertenzní léčby. Přes možná úskalí je léčba hypertenze starších osob vůbec neúčinnější oproti jiným věkovým skupinám ve smyslu snížení absolutního počtu kardiovaskulárních příhod i snížení KV mortality.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, léčba, riziko, benefit.

Therapy of hypertension in elderly population and its potential risks

Arterial hypertension is common in subjects ≥ 65 years old and includes in majority of subjects systolic/diastolic form or isolated systolic hypertension. Basic therapeutic principles to the therapy of hypertension of elderly subjects are summarized. Slow and careful uptitration of antihypertensive therapy is recommended. Potential complications and caveats of therapy are also discussed, which are especially related to older frail subjects. Pharmacotherapy of hypertension in elderly is in vast majority of subjects highly beneficial with decrease of cardiovascular (CV) events and CV mortality.

Key words: arterial hypertension, elderly, therapy, risk, benefit.

Arteriální hypertenze stoupá s věkem a tak je prevalence hypertenze u osob nad 65 let velmi vysoká. Výskyt systolicko-diastolické hypertenze, ale i izolované systolické hypertenze je u starších osob podstatně vyšší než v mladších věkových skupinách. Systolický tlak stoupá s věkem, naproti tomu diastolický stoupá s věkem jen do 50 let a poté se nemění nebo klesá, tedy v době, kdy začíná kardiovaskulární riziko stoupat. Americká studie NHANES III udává, že v USA se vyskytuje zvýšený krevní tlak u 60 % starší bělošské populace (1). Framinghamská studie (2) uvádí následující rozložení typů hypertenze: u 65–89letých hyperteniků má: 60 % izolovanou systolickou hypertenzi, 30 % systolicko-diastolickou hypertenzi a 10 % izolovanou diastolickou hypertenzi. Systolický tlak je u starších osob lepším prediktorem komplikací (ICHs, srdečního selhání, cévních mozkových příhod, terminálního ledvinového selhání) i celkové mortality než diastolický tlak (3, 4). Arteriální hypertenze je rovněž důležitým rizikovým faktorem pro vznik kognitivních poruch/ztráty samostatnosti.

Přístupy k léčbě hypertenze starších osob

Krevní tlak u starších osob měříme vsedě i vstoje za účelem detekce ortostatické hypotenze, zejména u léčených nemocných. Za nejdůležitější obecné zásady léčby hypertenze ve stáří považujeme používání nižších dávek antihypertenziv (iniciální dávky jsou často poloviční oproti mladším jedincům), jejich pomalé navyšování a pečlivé sledování nežádoucích účinků. Současná evropská guidelines doporučují dosažení cílových hodnot TK u všech osob do 3 měsíců od zahájení farmakologické léčby hypertenze (5). Osobně považuji tento časový interval za sporný a potenciálně rizikový, neboť jednak u starších osob jsou častější těžší formy hypertenze a jednak osoby ve vyšším věku hůře tolerují nižší hodnoty TK. Tříměsíční cílový interval do dosažení cílových hodnot TK je spíše vhodnější u mladších osob, kde může zvyšovat adherenci k farmakologické léčbě hypertenze. V současných národních českých doporučeních léčby hypertenze tento časový interval nemáme (6). V případě středně těžké anebo těžké hypertenze je vhodné zahajovat léčbu dvojkombinací léků v nízkých dávkách. V případě mírné hypertenze je

dle stávajících guidelines volen individuální přístup (monoterapie nebo dvojkombinace) v závislosti na výši TK a KV riziku.

Posuzujeme také, zda se při léčbě nezhoršují kognitivní funkce, neboť jejich pokles může vést k nižší compliance k léčbě. Ve stáří je léčba hypertenze vůbec neúčinnější oproti jiným věkovým skupinám ve smyslu snížení absolutního počtu kardiovaskulárních příhod. Studie HYVET ukázala, že nemocní ve věku nad 80 let měli při aktivní léčbě oproti placebo významně nižší výskyt srdečního selhání a nižší celkovou mortalitu (7). Proto je antihypertenzní léčba indikována i v nejvyšších věkových kategoriích, pokud je celkový stav nemocného dobrý, podobně jako tomu bylo u jedinců zařazených ve studii HYVET. Pokud je léčba již zavedena, vysoký věk sám o sobě není důvodem k vysazení léčby.

Jaké jsou cílové hodnoty krevního tlaku u starších osob?

Za cílový TK dle současných českých doporučení můžeme v obecné rovině považovat hodnotu pod 140/90 mm Hg stejně jako u mladších jedinců (6). V klinické praxi je však často obtížné těchto hodnot dosáhnout, zejména u izolované systolické hypertenze, a navíc všechny studie provedené speciálně u starších hypertoniků měly za cílový systolický TK hodnotu pod 150 mm Hg (např. SHEP, SYST-EUR, HYVET, EWPHE). Proto u nemocných, kteří špatně tolerují silnější léčbu a kteří nemají závažnou komorbiditu nutí ke striktní kontrole TK (stav po CMP, diabetes mellitus apod.), se často spokojíme s touto hodnotou, protože i méně výrazné snížení TK je prospěšné. Ve studii SPRINT u 2636 jedinců ve věku 75 let a více (8) se provádělo srovnání intenzivního a standardního snížení systolického TK u starších hypertoniků. Intenzivní léčba snížila výskyt kombinovaného kardiovaskulárního cíle o 34 % (absolutní rozdíl je o 46 příhod méně) a celkové mortality o 33 % (o 34 úmrtí méně); naproti tomu při intenzivní léčbě se častěji zhoršily renální funkce u jedinců s původně normálními ledvinovými funkcemi (o 24 případů více). Intenzivní snížení TK se tedy celkově ukázalo jako úspěšné, avšak z těchto výsledků je obtížné odvodit hodnotu TK, kterého máme léčbou dosáhnout, protože TK byl měřen méně obvyklým přístupem (automaticky bez přítomnosti zdravotníka v oddělené místnosti) (8). Lze se domnívat, že horní hranice pro intenzivní snížení systolického TK by se pohybovala kolem 130 mm Hg při měření klinického TK běžným způsobem. I v případě, že zvolíme tento přístup v klinické praxi, musíme respektovat výše uvedené obecné zásady, zejména opatrnou titraci dávek léků a sledování nežádoucích účinků, a pečlivě kontrolovat renální funkce (5).

Co říkají nová evropská guidelines (4) o cílových hodnotách TK u starších pacientů?

U starších pacientů ve věku 65–80 roků je doporučováno snížení STK do pásma 130–139 mm Hg. U osob nad 80 let má být nově cílová hodnota systolického krevního tlaku v pásmu 130–139 oproti dříve doporučovanému rozmezí 140–150 mm Hg. Toto stanovisko vychází zejména ze studie SPRINT, jedná se však o sporný bod díky automatickému měření TK v této studii, kde jak známo, měřený TK bývá významně nižší oproti tomu klinickému použitému ve všech ostatních hlavních studiích. U nemocných ve vyšším věku bývá tolerance nižších hodnot TK horší. Nepochybně bez ohledu na

doporučení je nutné volit individuální přístup. Navíc je celá diskuze o přesných hodnotách cílového TK trochu akademická, neboť v současné době TK pod 140/90 mm Hg dosahuje jen necelá polovina osob.

Jaké preferujeme léky u hypertoniků ve vyšším věku?

Z lékových skupin preferujeme dihydropyridinové BKK, diuretika (indapamid, chlortalidon, ev. hydrochlorothiazid) a ACE-inhibitory/AT1-blokátory. Betablokátory ve stáří mají nižší účinnost ve snížení TK a v prevenci cévních mozkových příhod (5), naproti tomu jsou prospěšné v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční, při chronickém srdečním selhání či v případě vyšší TF nad 70/min. Jistě lze rovněž zvažovat alfa-blokátory u nemocných s hypertrofií prostaty.

Úskalí léčby hypertenze starších osob

Léčba hypertenze u starších osob vede sice ke snížení KV rizika (zejména snížení rizika srdečního selhání a cévních mozkových příhod), může však přinášet problémy v případě křehkých („frail“) osob (9, 10). Antihypertenzní léčba u této skupiny může vést dokonce ke zvýšení morbidit a mortality ve srovnání s normotenzními osobami! (9, 10) V klinických studiích se sice „křehké“ starší osoby prakticky nevyskytují, avšak v klinické praxi je tomu právě naopak (10). Problémy interpretace výsledků léčby hypertenze starších osob jsou shrnuty v Tab. 1.

Potenciální rizika farmakologické léčby hypertenze starších osob jsou shrnuta v Tab. 2.

Jak se vyhnout komplikacím při léčbě hypertenze starších osob?

Měli bychom zdůrazňovat význam nefarmakologické léčby – omezení přívodu soli, pravidelná fyzická aktivita, kontrola hmotnosti, abstinence nikotinu, omezení alkoholu. Při rozboru farmakologické anamnézy bychom měli doporučovat omezení užívání léků zvyšujících TK (nesteroidní antirevmatika, kortikoidy apod. V případě nutnosti farmakologické léčby – je vhodné používat nízké dávky antihypertenziv, zejména v případě mírné hypertenze/preference.

Tab. 1. Problémy interpretace výsledků léčby hypertenze v klinických studiích

Starší hypertonici nad 65 let zařazení do klinických studií – jsou často v dobrém klinickém stavu
Nemusí reprezentovat starší populaci, kterou představují mnohdy křehké, polymorbidní osoby
Komorbidity – CKD, DM, AS, SS, nádory, zhoršení hybnosti, ztráta autonomie atd. tvoří často kontraindikaci ke vstupu do studií
Použité zkratky: CKD – chronické onemocnění ledvin, DM – diabetes mellitus, AS – ateroskleróza, SS – srdeční selhání

Tab. 2. Rizika antihypertenzní léčby starších osob

Velké množství antihypertenzních léků – polyfarmacie – nonadherence
Nadměrná antihypertenzní léčba – zvýšené riziko hypotenze, ortostatické hypotenze (zejména diuretika, alfa-blokátory)
Riziko pádů se všemi důsledky – fraktury, krvácení atd.
Riziko ischemických CMP při nadměrném poklesu TK
Riziko akutního renálního selhání díky hypotenzi
Vyšší incidence nežádoucích účinků

INZERCE YLPPIO

Je vhodná léčba hypertenze pro všechny starší hypertoniky?

Léčba hypertenze by měla zohledňovat i funkční stav a stupeň samostatnosti v běžných denních aktivitách, přehledně je problematika uvedena v review Dr. Benetose a spolupracovníků (9). Je jasné, že v případě hypertenze starších osob se díky četným komplikacím a komorbiditám jedná o značně heterogenní populaci. Je doporučováno v tomto kontextu používat bodovou škálu, tzv. clinical frailty scale (9). Ta je však poměrně komplikovaná a tak Dr. Benetos se spolupracovníky (9) doporučuje používat zjednodušenou třístupňovou stupnici. V případě absence jakéhokoliv omezení funkčního stavu a/nebo autonomie by léčba hypertenze měla být stejná jako u mladších osob. (9). V případě omezení funkčního stavu bez alterace denních aktivit je třeba zvážit poměr benefitu a rizika léčby. V případě závažného omezení funkce s alterací běžných denních aktivit je vhodné provést revizi antihypertenzní léčby s její potenciální redukcí („deprescribing“), ev. vysazením (9).

Je vhodné posilovat farmakologickou léčbu u starších osob za hospitalizace?

Nedávno byla v časopise Hypertension publikována studie, ve které se autoři zaměřili na sledování vlivu ad hoc podávané medikace

u hypertoniků za hospitalizace v případě absence hypertenzní krize (11). Jako kontrolní skupina byli použiti hospitalizovaní hypertonici bez ad hoc podávané léčby. Ve většině případů se jednalo o starší osoby. Ad hoc podávaná antihypertenziva vedle k vyššímu riziku akutního poškození ledvin, cévní mozkové příhody, nemocniční mortality a i k prodloužení délky hospitalizace! (11). Výskyt nežádoucích příhod souvisel s četností podávání ad hoc medikace a rovněž i na způsobu podání – parenterální léčba znamenala vyšší riziko oproti perorální léčbě (11). Jedná se sice o retrospektivní data, přesto bychom u hospitalizovaných stabilizovaných pacientů měli volit opatrný přístup. Měření TK v nemocnici, často jednorázové, není prováděno ve standardních podmínkách, a je tedy zatíženo velkou chybou. K tomu potenciálně přispívají i další faktory, jako je brzké ranní měření, úzkost, bolest atd.

Závěr

Přes možná úskalí, která se týkají zejména velmi starých křehkých osob, přináší léčba hypertenze ve věku ≥ 65 let u velké většiny osob významný benefit ve smyslu snížení počtu kardiovaskulárních příhod i snížení KV mortality.

LITERATURA

1. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25:305-13.
2. Kannel WB, Wolf PA, McGee DL et al. Systolic blood pressure, arterial rigidity and stroke. The Framingham study. *JAMA*. 1981;245:1225-8.
3. Psaty BM, Furberg CD, Kuller LH. et al. Association between blood pressure level and the risk of myocardial infarction, stroke, and total mortality. *Arch Intern Med*. 2001;161:1183-92.
4. Benetos A, Thomas F, Bean K et al. Prognostic value of systolic and diastolic blood pressure in treated hypertensive patients. *Arch Intern Med*. 2002;162:577-81.
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: *J Hypertens*. 2018;36:1953-2041.
6. Widimský J Jr., Filipovský J, Ceral J et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2017. Doporučení České společnosti pro hypertenzi Vnitřní lékařství 2018;7-8,771-796.
7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. for the HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-1898.
8. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years. A randomized clinical trial. *JAMA*. 2016; doi:10.1001/jama.2016.7050.
9. Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension management in older and frail older subjects. *Circ. Res*. 2019;124:1045-1060.
10. Butt DA, Harvey PJ. Benefits and risks of antihypertensive medications in the elderly. *J. Intern Med*. 2015;278:599-626.
11. Mohandas R, Chamarthi G, Bozorgmehr S et al. Pro Re Nata Antihypertensive Medications and Adverse Outcomes in Hospitalized Patients: A Propensity-Matched Cohort Study. *Hypertension*. 2021;78:516-524.