

Prvozáchyt arteriální hypertenze u pacienta s rizikovou anamnézou

MUDr. Kateřina Študentová

Všeobecná praktická lékařka, Plzeň

V kazuistice je demonstrován případ záchyty esenciální arteriální hypertenze u mladého pacienta. Kardiovaskulární riziko tohoto pacienta je podle tabulky SKORE nízké. Vezme-li se však v potaz jeho alarmující rodinná anamnéza a nezdravý životní styl, je třeba jej považovat, z dlouhodobého hlediska, za vysoce rizikového pacienta. Léčba takového pacienta musí být od počátku dobře vedena. Je zapotřebí zvolit antihypertenzivum poskytující maximální kardiovaskulární ochranu a jeho dávku takovou, která dostatečně zkoriguje krevní tlak. Důležitá je motivace pacienta ke změně životního stylu, zejména jde o racionální stravování, dostatek pravidelné fyzické aktivity a kvalitní odpočinek.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, perindopril arginin, kardiovaskulární riziko.

Primary detection of arterial hypertension in a patient with a risk history

The case report describes detection of essential arterial hypertension in a young patient. This patient's cardiovascular risk is low according to the SCORE chart. However, given his alarming family history and unhealthy lifestyle, he needs to be considered, in the long-term perspective, a high-risk patient. The treatment of such a patient must be managed properly since the beginning. It is necessary to choose an antihypertensive drug providing maximum cardiovascular protection at a dose that will control blood pressure sufficiently. It is important to motivate the patient to change his lifestyle, particularly in terms of rational eating, sufficient regular physical activity, and appropriate rest.

Key words: arterial hypertension, perindopril arginine, cardiovascular risk.

Úvod

Prevalence arteriální hypertenze v ČR ve věku 25–64 let se pohybuje kolem 42 %. Zřetelný nárůst prevalence je v druhé polovině tohoto věkového rozmezí. Přibývá však i záchyť hypertenze u mladých jedinců okolo 30. roku života, prevalence arteriální hypertenze je ve skupině mladých pacientů ve věku 25–34 let více než 15 % (1). Primární hypertenze v tomto věku bývá spojená s nezdravým životním stylem a přetěžním v zaměstnání.

Kazuistika

31letý muž navštívil ordinaci praktického lékaře a sdělil následující zdravotní problémy: již dva týdny se necítí dobře, trpí bolestí hlavy a má

pocit pulzace ve spáncích. Začal si měřit krevní tlak domácím přístrojem, hodnoty neklesaly ani v jednom případě pod 150/100 mmHg. Sám si stanovil diagnózu vysokého krevního tlaku a přišel požádat o léčbu.

Zdravotní karta pacienta je prakticky bez záznamů, v dětství ani v dospělosti dosud závažně nestonal. Trpí pouze chronickou rhinitis a je krátkozraký. Pacient neužívá žádnou medikaci. Je příležitostně kuřák, alkohol pije také příležitostně, neguje užívání návykových látek. V rodinné anamnéze je patrné četné kardiovaskulární stonání z otcovy strany. Otec pacienta se léčí s arteriální hypertenzí od svých 19 let, stoná pod obrazem metabolického syndromu. U otcových rodičů a prarodičů se četně vyskytuje

hypertenze, diabetes, cévní mozkové příhody a ischemická choroba srdeční.

Pacient je vystudovaný pedagog, pracuje v oblasti IT jako programátor. Žije sám ve vlastním bytě v třígeneračním domě spolu s rodiči a prarodiči. V posledních měsících pracuje pouze z domova. Je zvyklý pracovat 10 až 12 hodin denně, včetně většiny víkendů a svátků. Stravuje se nepravidelně, sportovní aktivity nemá žádné a čas pro odpočinkové aktivity má minimální. Mimoto pacient sděluje dlouhodobý problém s udržením režimu dne a noci. Chodí spát každý den o něco později než v předchozím dni, ráno vstává o to déle, až se mu během několika týdnů obrátí režim dne a noci, kdy v noci pracuje a přes den spí.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Kateřina Študentová, mudr.studentova@gmail.com
Plaská 66A, 323 00 Plzeň

Cit. zkr: Med. praxi 2017; 14(4): 207–210

Článek přijat redakcí: 13. 6. 2017

Článek přijat k publikaci: 8. 9. 2017

Tab. 1. Desetileté celkové riziko úmrtí na KV onemocnění (tabulka SKORE) (12)

Ženy		Věk	Muži	
Nekouřáčky	Kouřáčky		Nekouřáci	Kouřáci
180	10 12 14 16 19	65	18 22 25 29 34	34 39 45 51 57
160	7 8 10 12 14		13 15 18 21 25	25 29 34 39 44
140	5 6 7 8 10		9 11 13 15 18	18 21 25 29 33
120	3 4 5 6 7		6 8 9 11 13	13 15 18 21 24
180	5 6 7 9 10	60	11 13 15 18 21	21 25 29 34 39
160	4 4 5 6 7		8 9 11 13 15	15 18 21 25 29
140	3 3 4 4 5		5 6 8 9 11	11 13 15 18 21
120	2 2 2 3 4		4 4 5 6 8	8 9 11 13 15
180	3 3 4 4 5	55	6 8 9 11 13	13 15 18 21 24
160	2 2 3 3 4		5 5 6 8 9	9 11 13 15 18
140	1 1 2 2 3		3 4 4 5 6	6 8 9 11 12
120	1 1 1 1 2		2 3 3 4 4	4 5 6 7 9
180	1 2 2 2 3	50	4 5 5 6 8	8 9 11 13 15
160	1 1 1 2 2		3 3 4 5 5	5 6 8 9 11
140	1 1 1 1 1		2 2 3 3 4	4 4 5 6 8
120	0 1 1 1 1		1 2 2 2 3	3 3 4 4 5
180	1 1 1 1 2 2	40	1 2 2 2 3	3 3 4 5 6
160	1 1 1 1 1		1 1 1 2 2	2 2 3 3 4
140	0 1 1 1 1		1 1 1 1 1	1 2 2 2 3
120	0 0 0 1 1		0 1 1 1 1	1 1 1 2 2
Systolický krevní tlak (mmHg)			Celkový cholesterol (mmol)	
			≥ 15 % 10–14 % 5–9 % 3–4 % 2 % 1 % < 1 %	

Desetileté riziko fatálního kardiovaskulárního onemocnění v ČR podle pohlaví, věku, systolického TK, celkového cholesterolu a kuřáckých návyků

V ordinaci byla provedena dvě měření krevního tlaku, obě hodnoty byly totožné 155/100 mmHg. Somatický nález byl v normě, BMI bylo 25,4, orientační neurologický nález také v normě, EKG bez patologie. Vyšetření moči diagnostickým proužkem bylo v normě, moč byla dále odeslána k laboratornímu rozboru. Dále byl proveden odběr krve pro základní krevní rozbor včetně iontů, lipidogramu, hormonů štítné žlázy, jaterních a ledvinových testů. Výsledky rozboru byly v normě až na zvýšenou hodnotu celkového cholesterolu 6 mmol/l.

Byla potvrzena diagnóza primární arteriální hypertenze a zahájena antihypertenzní léčba. Pacient začal užívat Prestarium Neo (perindopril arginin 5 mg) v dávce 1 tableta denně. Pacient byl edukován o nutnosti úpravy životního stylu – zařazení pohybových i relaxačních aktivit, pravidelném racionálním stravování s důrazem

na omezení příjmu cholesterolu a udržování stabilního režimu dne a noci. Pacient bude dále pokračovat v self-monitoringu krevního tlaku, Holter-monitoraci si zatím nepřeje.

Po 14 dnech léčby dosáhl pacient hodnot systolického krevního tlaku pod 140 mmHg jak při self-monitoraci, tak při měření v ordinaci. Bolest hlavy přetrvávala beze změny, pacient byl proto odeslán na neurologické vyšetření. Zobrazovací vyšetření mozku (RTG, poté i CT) byla negativní, neurologický nález v normě, bolest hlavy byla uzavřena jako protrahovaná tenzní cephalea.

Po 1 měsíci léčby byly hodnoty krevního tlaku ustálené na hodnotách 125–135/80–85 mmHg, pacient léčbu dobře toleroval. Bolesti hlavy přetrvávaly ve stejné intenzitě. Prestarium Neo bylo vyměněno za Prestarium Neo Forte (perindopril arginin 10 mg) v dávkování jedna

tableta denně. Pacient byl odeslán k rehabilitačnímu vyšetření pro suspektní cervikokraniální syndrom. Po rehabilitační léčbě bolest hlavy odezněla. Krevní tlak byl při poslední kontrole naměřen 120/75 mmHg. Pacient se aktuálně cítí dobře a snaží se upravit svůj životní styl k lepšímu.

Diskuze

Prvotní arteriální hypertenze u pacienta v kazuistice proběhl atypicky. Ve většině případů pacienti s hypertenzí nemají žádné somatické potíže a hypertenze bývá zachycena náhodně. Bolest hlavy, která pacienta v kazuistice přiměla k měření krevního tlaku a následně k návštěvě lékaře, se později také ukázala jako nesouvisející s hypertenzí. Jednalo se o cervikokraniální syndrom z funkčních svalových dysbalancí při nesprávném stereotypu sedu při práci s PC.

K zahájení antihypertenzní terapie došlo druhý den po základním vyšetření, kdy byly k dispozici výsledky krevního rozboru. Dle doporučených postupů je možno vyčkat se zahájením farmakoterapie v podobných případech až 3 měsíce (2). U tohoto konkrétního pacienta bylo rozhodnuto zahájit léčbu dříve, a to zejména kvůli kardiovaskulární rizikovosti pacienta.

Ke stanovení celkového kardiovaskulárního rizika (KV) se dnes běžně využívá tabulka SKORE (tabulka 1). Ta zohledňuje věk, hodnoty krevního tlaku a cholesterolu a nikotinismus. Nepočítá však s pacienty mladšími 40 let. V případě pacienta z kazuistiky by se podle této tabulky dalo odvodit, že jeho celkové KV riziko bude velmi nízké.

Právě zde však nastává situace, kdy je nutno přihlídnout i k dalším aspektům, které tabulka SKORE nezohledňuje. Zvláště u pacientů mladších 40 let může nízké celkové KV riziko skrývat vysoké relativní KV riziko, které se postupně mění s věkem na vysoké celkové KV riziko (3). Pro přibližný výpočet relativního KV rizika lze využít tabulku publikovanou v evropských doporučeních pro kardiovaskulární prevenci v klinické praxi (tabulka 2) (4). V případě pacienta z kazuistiky je desetileté riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění 4–6 %.

Obecně vysoká KV rizikovost podobných pacientů mladších 40 let je dána i tím, že již v tomto mladém věku trpí hypertenzí, dyslipidemií apod. V konkrétním případě pacienta z kazuistiky je nutno přihlídnout k významné

Tab. 2. Desetileté relativní riziko úmrtí na KV onemocnění. Výpočet dle hodnot celkového cholesterolu, systolického krevního tlaku a nikotinu, bez ohledu na věk pacienta (13)

Systolic blood pressure (mmHg)	Non-smoker					Smoker				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Total cholesterol (mmol/L)

© 2007 ESC

rodinné zátěži, kdy rodiče i prarodiče z otcovy strany byli postiženi závažnými kardiovaskulárními komplikacemi. Dále je zde shledáváno jako vysoce rizikové i nadměrné pracovní zatížení, nulová fyzická aktivita, nepravidelné a nezdravé stravování a zejména nedodržování režimu dne a noci, které neumožní pravidelný noční pokles krevního tlaku. Po zvážení všech těchto faktů pacienta hodnotíme jako velmi rizikového. Je proto zapotřebí pro něj zvolit takovou terapii, která poskytne nejlepší kardiovaskulární ochranu, a to již od začátku léčby.

Pacient byl zaléčený přípravkem Prestarium Neo (perindopril arginin 5 mg) v dávce 1 tableta denně. Jedná se o moderní ACE inhibitor s dlouhým poločasem účinku, který dobře kontroluje krevní tlak na více jak 24 hodin (5, 6). To je velmi výhodné pro pacienta s nepravidelným denním režimem. Z dlouhodobého hlediska má perindopril arginin ještě další důležitý benefit. A tím je kardiovaskulární ochrana. Bylo prokázáno, že perindopril arginin významně snižuje kardiovaskulární morbiditu i mortalitu a zlepšuje tak dlouhodobou prognózu pacienta (7, 8, 9).

Při prvozáchytu hypertenze by mělo být zvoleno antihypertenzivum, které nejen dob-

ře kontroluje hypertenzi, ale přináší pacientovi z dlouhodobého hlediska i další benefity nad rámec pouhé kontroly krevního tlaku. ACE inhibitory jsou skupinou antihypertenziv, které v minulosti opakovaně potvrdily svůj přínos ve smyslu snížení celkové a KV mortality, což bylo v posledních letech opakovaně prokázáno v metaanalýzách (10, 11, 12). Navíc chrání pacienty před výskytem závažných KV příhod (8, 13). Obecně je vhodné zahájit léčbu hypertenze ACE inhibitorem právě kvůli ovlivnění dlouhodobé prognózy. Pro pacienta z kazuistiky je tedy ACE inhibitor, konkrétně perindopril arginin, správnou volbou.

Vzhledem k výše uvedené KV rizikovosti pacienta došlo k navýšení dávky perindoprilu z 5 mg na 10 mg denně po 1 měsíci léčby, kdy pacient léčbu dobře toleroval a bylo již dosaženo přijatelných hodnot krevního tlaku. Užívání 10 mg perindoprilu denně snižuje více kardiovaskulární morbiditu i mortalitu než užívání 5 mg perindoprilu denně, a to bez ohledu na konkrétní hodnotu krevního tlaku. Pokles krevního tlaku při léčbě perindopilem funguje přímo úměrně jeho vstupní hodnotě: čím vyšší je krevní tlak, tím vyšší je pokles při léčbě

a naopak (14). Dávky 10 mg denně se není třeba obávat. Pacienti mladšího a středního věku dobře tolerují hodnoty krevního tlaku blízké se k optimálním, tedy pod 120/80 mmHg. Proto je možné u pacienta v kazuistice využít maximální potenciál kardiovaskulární ochrany perindoprilu a zvýšit dávku na 10 mg denně.

Režimová opatření při léčbě hypertenze jsou velmi důležitá a nelze je při nasazení farmakoterapie opomíjet (2, 3, 4, 15). Racionální pravidelné stravování může u pacienta z kazuistiky normalizovat lipidemii, aniž bude třeba přistoupit k farmakoterapii hypolipidemiky. Zároveň může dojít k poklesu krevního tlaku díky snížení příjmu sodíku při eliminaci některých druhů potravin – uzenin, polotovarů, večerních „dobrot“ (chipsy, slané tyčinky a oříchky). Pravidelná a dostatečná pohybová aktivita může vést k dalšímu poklesu krevního tlaku, zároveň pomůže pacientovi udržovat tělesnou hmotnost a vyhnout se do budoucna obrazu metabolického syndromu. Důležitý je také pravidelný a dostatečný odpočinek, který spolu s pohybovou aktivitou vyváží pracovní zatížení. Nepravidelný režim dne a noci má také významný vliv na hodnoty krevního tlaku. U osob střídající denní a noční pracovní směny se častěji vyskytuje hypertenze. Taktéž u pacienta z kazuistiky lze předpokládat vliv nepravidelného denního režimu na hodnoty krevního tlaku.

Závěr

Včasný záchyt a terapie arteriální hypertenze jsou důležité pro oddálení vzniku komplikací s hypertenzí spojených. Po vyloučení sekundární etiologie je zapotřebí zahájit terapii farmakologickou a/nebo nefarmakologickou. Volba záleží na aktuálních hodnotách krevního tlaku, komorbiditách, zhodnocení kardiovaskulárního rizika a rodinné anamnézy, životním stylu, návycích pacienta a potenciálem je změnit. Volba farmaka je vždy individuální. Mělo by se jednat o přípravek s dobrým antihypertenzním účinkem, dlouhým poločasem účinku a s prokázanou kardiovaskulární ochranou.

LITERATURA

1. Cifková R, Škodová Z, Lánská V, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Czech Republic. Results of two nation wide cross-sectional surveys in 1997/1998 and 2000/2001, Czech Post-MONICA Study. *Journal of Human Hypertension* 2004; 18: 571–579.
2. Karen I, Filipovský J. Arteriální hypertenze. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Novelizace 2014. CDP-PL.
3. Býma S, Hradec J. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. DDP-PL, 2013.
4. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* 2012; 33: 1635–1701.
5. Špinar J, Vítkec J. Perindoprilum. *Remedia* 2005; 15: 121–135.

6. DiNicolantonio JJ, Lavie CJ, O'Keefe JH. Not All Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors Are Equal: Focus on Ramipril and Perindopril. *Postgraduate Medicine* 2013; 125(4): 154–168.
7. Ferrari R, Boersma E. The impact of ACE inhibition on all-cause and cardiovascular mortality in contemporary hypertension trials: a review. *Expert Rev. Cardiovasc. Ther.* 2013; 11(6): 705–717.

8. Fox KM, et al. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet*. 2003; 362(9386): 782–788.
9. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358(9287): 1033–1041.
10. Van Vark L, Bertrand M, Akkerhuis KM, et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of RAAS inhibitors involving 158 998 patients. *Eur Heart J* 2012; 33: 2088–2097.
11. Savarese G, Costanzo P, Cleland JG, et al. A metaanalysis reporting effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in patients without heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2013; 61(2): 131–142.
12. Cheng J, Zhang W, Zhang X, et al. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers on all-cause mortality, cardiovascular deaths, and cardiovascular events in patients with diabetes mellitus. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 773–785.
13. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med*. 2000; 342: 145–153.
14. Tsoukas G, Anand S, Yang K. Dose-Dependent Antihypertensive Efficacy and Tolerability of Perindopril in a Large Observational, 12-Week, General Practice-Based Study. *Am J Cardiovasc Drugs* 2011; 11(1): 45–55.
15. Filipovský J, Widimský J jr., Špinar J. Doporučení ESH/ESC pro diagnostiku a léčbu hypertenze – verze 2013. Zkrácený překlad. Česká společnost pro hypertenzi.