

Gäller för: Kardiologi

Giltig från: 2025-01-24

Innehållsansvar: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Giltig till: 2027-01-24

Granskad av: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Sekundär hypertoni

Hypertoni förekommer i 27% av den vuxna befolkningen. Av dessa har 5-10% sekundära former dvs. sjukdom i njurar, binjurar eller andra organ som orsakar blodtrycksförhöjningen. Dessa sjukdomar kan ofta kureras varefter blodtrycket normaliseras helt eller delvis.

Patienter med primär hypertoni ska genomgå **basalutredning**:

- Längd, vikt
- Bukomfång
- Blodprover: S-kalium, S-kreatinin, fP-glukos, lipidstatus.
- Urinprov: Sticka-test för proteinuri, glukosuri.
- EKG (Arytmier? Vänsterkammarhypertrofi?)

Patienter som har **kliniska tecken till sekundär hypertoni** ska göra en mer extensiv utredning. Det är viktigt att ha kännedom om de kliniska **ledtrådarna** som bör väcka misstanke om sekundär hypertoni. Dessa kan delas in i tre grupper:

A. Generella kliniska ledtrådar

1. **Svår eller terapieresistent hypertoni** (Högt blodtryck trots intag av adekvat dosering av minst tre antihypertensiva varav en är diuretika).
2. Akut **försämring** av tidigare stabilt blodtryck.
3. **Ålder <30** år och avsaknad av fetma och hereditet för hypertoni.
4. **Svår hypertoni med tecken på organskada** (Retinala blödningar, hjärtsvikt, neurologisk rubbning, akut njurskada)
5. Debut före puberteten.
6. Hypertoni och Sömnapné

B. Kliniska ledtrådar för renovaskulär hypertoni

1. Debut av **svår hypertoni** (systoliskt >180 mm Hg och/eller diastoliskt >120 mm Hg) efter 55 års ålder.
2. Oförklarlig **försämring av njurfunktion** i form av kreatininförhöjning minst 30% efter insättning av ACE-hämmare eller ARB.
3. Svår hypertoni hos patienter med **diffus ateroskleros** särskild patienter äldre än 50 år.
4. Svår hypertoni hos en patient med **oförklarlig njuratrofi eller asymmetri** av njurstorlek
5. Medel till svår hypertoni hos patienter med **upprepade episoder av akut lungödem**.
6. **Abdominalt blåsljud**

Utredning: Ultraljud njurartärer. Remiss skickas till Klin fys NÄL. Vid patologi ta kontakt med njurkonsult.

C. Kliniska ledtrådar för andra typer

1. **Primär njursjukdom** (Diabetesnefropati eller nefrit):

Utredning: Serum-kreatinin. Urinsticka. Alb/krea-kvot.

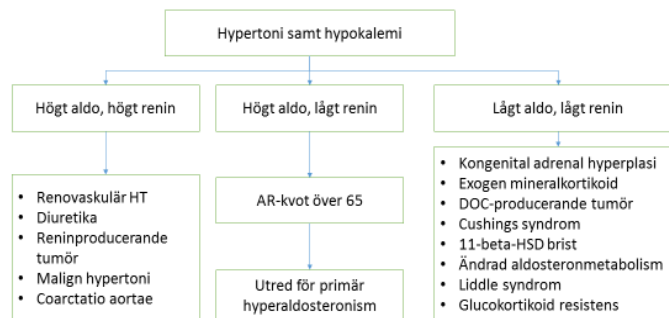
2. Primär aldosteronism

Hypokalemi bör leda till denna misstanke men många har kalium inom referensintervallet och hypertoni som enda manifestation.

Utredning: Aldosteron-renin kvot. När man tar första screeningen bör patienten vara normokalem!
(Hypokalemi hämmar aldosteron) Man kan acceptera flertalet antihypertensiva vid screening förutom följande undantag: β -blockerare (kan bibehållas vid första screening), däremot inga aldosteronantagonister vid första screeningen!(Spironolakton, Amilorid samt Eplerenon).

Viktigt! Ingen utredning om man anser patienten som ej aktuell för operativ behandling! I så fall symptomatisk behandling!

En AR-kvot över 65 pmol/mU vid screening talar starkt för primär aldosteronism. För att öka specificiteten bör aldosteron samtidigt överstiga 400 pmol/L. Ett helt pressat Renin kan också vara



tecken till PHA.

3. Cushings sjukdom och syndrom: Cushingoid i ansikte, central fetma, Proximal muskelsvaghet, ecchymoser.

Utredning: Ej morgon S-kortisol. Dexametasonhämningstest ges 1 mg dexametason kl 23. Ett serumkortisol över 50 nmol/L kl 08.00 följande morgon motiverar fortsatt utredning

4. Feokromocytom: Triad av huvudvärk, palpitationer samt svettningar.

Screening: p-metoxykatekolaminer som är hög sensitiva men låg specificitet. Vid patologiskt fynd kompletteras med tU-metoxykatekolaminer

5. Hypotyreo: Symtom av hypotyreo.

Utredning: TSH.

6. Hyperparathyroidism:

Utredning: S-kalcium, albuminnormerat.

7. Akromegali: Ej vanlig orsak. Vid klinisk misstanke ta kontakt med endokrinkonsult.

8. Läkemedel:

- P-piller.
- Nonsteroidal anti-inflammatoriska läkemedel (NSAIDs).
- Antidepressiva inklusive tricycliska antidepressiva, SSRI.
- Glucokortikoider.
- Avsvällande (Pseudoephedrin)
- Viktminskningsmediciner.
- Erythropoietin.
- Cyclosporin.
- Stimulantia inklusive methylphenidat, amfetamin.

9. Sömnapné syndrom: Dagtid trötthet, sömnhet, morgonkonfusion, anhöriga berättar ev om andningsuppehåll.

Utredning: Remiss ART för sömnregistrering.

10. Coarctatio aortae: misstänk bl a vid bicuspid aortaklaff, hypertoni hos yngre

Utredning: screening med blodtryck i båda armar och ankelblodtryck, femoralispulspalpation

Lathund till den initiala utredningen

1. Gå genom medicinlista. Finns det någon medicin som kan förklara hypertoni?
2. P4: Framför allt kreatinin, kalium samt kalcium. Vid njurpåverkan ultraljud njurar → Njurkonsult.
3. Ultraljud njurartärer. Vid avvikande fynd → Njurkonsult.
4. TSH, T4
5. Aldo/Renin kvot
6. P-metoxykatekolminer
7. Dexametasonhämningstest
8. Vid patologi 4-7 → Endokrinkonsult.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Granskad av: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10067-2089204900-61

Version: 4.0

Giltig från: 2025-01-24

Giltig till: 2027-01-24