

Tab. 3. Možná rizika náhlého vysazení antihypertenziv

Léková skupina	Rizika
Kalciové blokátory	Riziko anginy pectoris
Betablokátory	Riziko anginy pectoris, arytmie a jiných komplikací u pacientů s ICHS
Centrálně působící antihypertenziva	Hyperaktivita sympatiku (nervozita, tachykardie, bolest hlavy, agitovanost a nauzea 36–72 h po vysazení) Rychlý vzestup TK, často nad úroveň před zahájením léčby Stenokardie a další komplikace u pacientů s ICHS
Diuretika	Retence tekutin, edémy, dekompenzace srdečního selhání
Alfablokátory	Symptomy dolních močových cest (LUTS), močová retence

autoři novějšího systematického přehledu (32) a uvádějí, že jednoznačné doporučení k paušálnímu ukončení antihypertenzní léčby současně studie neumožňují. V současné interní praxi proto spíše přetrvává trend ponechat již zavedenou antihypertenzní léčbu, pokud ji pacient toleruje.

Studie OPTIMISE sledovala efekt vysazení jednotlivých (skupin) antihypertenziv na hodnoty TK a jeho kontrolu (33). Pokud byly vysazeny betablokátory nebo antihypertenziva podávaná v nízkých dávkách, nedošlo ke zvýšení TK. Vysazení kalciových blokátorů vedlo ke zvýšení STK v průměru o 5 mm Hg, vysazení vyšších dávek antihypertenziv mírně zvýšilo TK, ale jeho hodnoty se udržely pod doporučovými cílovými hodnotami.

Depreskripce antihypertenziv v praxi

Vysazení antihypertenziv u staršího pacienta by měl provádět lékař se zkušenostmi s léčbou u seniorů (internista, geriatr, kardiolog). Výhodou může být konzultace klinického farmaceuta. Doporučuje se provádět depreskripci v postupných krocích (3, 26, 34), které shrnuje obrázek 3.

Identifikace pacienta

Pro depreskripci jsou vhodní pacienti se zvýšeným rizikem NÚ léčby: 75letí a starší, s NÚ antihypertenziv v současnosti nebo v posledních 12 měsících, se středním a vysokým stupněm křehkosti a ztrátou nezávislosti, s vysokým rizikem pádu (pro stratifikaci rizika pádu viz podrobně odkaz č. 35). Důležité je však vážit celkové kardiovaskulární riziko (KV rizikové faktory, KV příhoda v anamnéze, orgánové postižení) a riziko hypotenze (zvýšená citlivost k poklesu TK – ortostatická hypotenze při ambulantní kontrole TK, postprandiální či jiná epizoda hypotenze při 24hodinovém monitorování TK, anamnéza synkopy), zvýšené riziko hypotenzních epizod má i mírná kognitivní porucha a demence a těžká frailty. Součástí tohoto kroku je i rozhovor s nemocným a depreskripce pak je společným sdíleným rozhodnutím pacienta a lékaře.

Měření krevního tlaku

Před redukováním nebo vysazením antihypertenzní medikace ověřujeme, zda jsou hodnoty tlaku v doporučeném cílovém rozmezí, tj. STK pod 140 mm Hg u 75–79letých a pod 150 mm Hg u 80letých a starších. Vzhledem ke zvýšené variabilitě TK ve vyšším věku nerozhodujeme o depreskripci podle jednotlivých naměřených hodnot. Orientujeme se podle několikadenního měření (nejméně 3 dny), kdy při domácím měření zapisuje nemocný ráno výsledky dvou měření před užitím ranní medikace a odpoledne nebo večer také 2 měření. Depreskripce bude lépe tolerovaná u hodnot STK významně pod

doporučenou hodnotou a u symptomatických nemocných (závratě, nejistota v prostoru, pády). Vždy přihlížíme k další užívané medikaci, která může NÚ potencovat. U nemocných v paliativním režimu pak rozhodujeme spíše o účelnosti pokračování antihypertenzní léčby a striktně se těmito hodnotami neřídíme.

Výběr antihypertenziva pro depreskripci

V tomto kroku revidujeme veškerou užívanou medikaci včetně volně prodejných léků. V případě polyfarmakoterapie ověříme, zda nejsou přítomny rizikové lékové interakce s antihypertenzivy nebo zda nejsou přítomny další onemocnění a nové symptomy, pro něž mohou být některé skupiny antihypertenziv kontraindikací (hyponatremie – diuretika, bradykardie–betablokátory). Pomůckou jsou také kritéria potenciálně nevhodných léčiv a lékových režimů ve stáří například STOPP-START (36–37), STOPP-FALL (38–39), FORTA (40), která jsou popsána jinde a jsou dostupná i v českém jazyce. Příkladem je doporučení ukončit léčbu alfa-blokátory (s monitorováním symptomů dolních močových cest, LUTS, tj. lower urinary tract symptoms) a dalších centrálně působících antihypertenziv (klonidin, rilmenidin, moxonidin – pro tato antihypertenziva navíc chybějí RCT studie jejich efektivity) pro významné riziko vazodilatace, ortostatické hypotenze a pádů. Dalším příkladem STOPP doporučení je ukončit podávání thiazidových diuretik u nemocných s anamnézou dny/exacerbace dnových záchvatů. Depreskripci však neprovádíme, pokud jsou antihypertenzní léky podány v jiné indikaci, např. ACE-I nebo diuretika při srdečním selhání, betablokátory pro „rate control“ u fibrilace síní apod.

Pokud u pacienta nejsou naplněny relativní kontraindikace a je indikováno vysazení antihypertenziv, vysazujeme v opačném pořadí, než jsou dle doporučení nasazována. To se týká především léků, které jsou ve stáří rizikovější: kličková diuretika, MRA-antagonisté mineralokortikoidních receptorů, centrálně působící antihypertenziva a alfablokátory. Na základě již citované studie OPTIMISE se doporučuje nejprve vysazovat betablokátory, následně thiazidová a thiazid-like diuretika, ACE-I/sartany a nejdéle ponechávat kalciové blokátory (33).

Vysazení medikace

Kromě krevního tlaku monitorujeme i možné symptomy z vysazení (viz Tab. 3) V případě jejich výskytu zvažujeme znovu nasazení.

Pokud je indikováno vysazení antihypertenziv, vysazujeme nejprve jeden lék a obvykle po 4 týdnech další. Při vysazování betablokátorů nevysazujeme naráz, ale dávku postupně redukuje, abychom předešli adrenergní hypersenzitivitě. Podobně postupně vysazu-