

# Bölüm 88

## HİPERTANSİYON TANI VE TEDAVİSİ

Ümmü TAŞ<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Tüm dünyada hipertansiyonu olan insan sayısı 1 milyarın üzerindedir. Erişkinlerdeki prevalansı 2015 verilerine göre %30-45 (erkeklerde %24, kadınlarda %20) arasındadır(1). Toplumlar yaşlandıkça ve obezite arttıkça hipertansiyon insidansı da artmaya devam etmekte ve bu sayının 2025'te 1.5 milyarı geçmesi beklenmektedir. Artmış kan basıncı seviyeleri tüm dünyada erken ölümlere yol açmaktadır ve 2015'te 10 milyon ölümden sorumlu olduğu bilinmektedir. Hipertansiyon başta iskemik kalp hastalıkları ve inme olmak üzere kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, periferik arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve bilişsel bozuklukların da başlıca sebebidir. Epidemiyoloji, patofizyoloji ve hipertansiyon ilişkili risklerin anlaşılmasında kaydadeğer bir ilerleme sağlanmasına ve kontrol altına alınmamış hipertansiyonun risklerinin çok iyi bilinmesine rağmen hastaların çoğunluğunda hastalık hala yeterince tedavi edilememektedir. Bu nedenlerle hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların ve tüm nedenlere bağlı ölümlerin önlenabilir nedenlerinin başında gelmektedir(1).

Artan sayıda direk ve çıkarımsal bulgu antihipertansif tedavinin tek hedefinin kan basıncının düşürülmesi olmadığını düşündürmektedir. Tedavi aynı zamanda hastanın tüm kardiyovasküler risk faktörlerine (dislipidemi, diyabetes mellitus, sigara gibi) yönelik olmalıdır.

### Hipertansiyonlu Hastaların İlk Değerlendirmesi

Hipertansiyonlu bir kişide yapılacak klinik değerlendirme ve araştırmaların dört ana amacı vardır:

- 1) Kan basıncının tekrarlayan ölçümleri ile hipertansiyon tanısını doğrulamak ve evresini saptamak
- 2) Hipertansiyona neden olabilecek sekonder nedenleri araştırmak
- 3) Hipertansiyonun etkileyebileceği hedef organları ve etkilenme düzeyini değerlendirmek
- 4) Kişinin kardiyovasküler riskini artırabilecek diğer ko-morbid hastalıklarını değerlendirmek

### Öykü

Hipertansiyonlu bir hastadan anamnez alırken şunların sorgulanmasına dikkate edilmelidir:

- 1) Yüksek kan basıncının süresi, daha önce bununla ilgili tedavi alınıp alınmadığı, alındıysa sonuçları ve istenmeyen etkileri
- 2) Sekonder hipertansiyon düşündürecek semptomlar. Dirençli, malign veya ani başlangıçlı hipertansiyonu olan hastalarda sekonder nedenler için daha detaylı bir araştırma yapılmalıdır.
- 3) Kan basıncını yükseltebilecek ilaç veya madde alımı gibi reversibl nedenler (oral kontraseptifler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, meyan kökü, kokain, amfetamin türevleri, eritropoe-

<sup>1</sup> Uzman doktor, Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi ummu.tas@gmail.com

etkili ve iyi tolere edilen tüm ilaçlar tercih edilebilir. Genellikle kombinasyon tedavisine gerek duyulur. RAS blokeri tedavide mutlaka yer almalıdır.

### **Böbrek Fonksiyon Bozukluğunda Antihipertansif Tedavi**

Böbrek fonksiyon bozukluğuna karşı korumada en önemli faktörler sıkı kan basıncı kontrolü (<130/80) ve proteinüriyi azaltmaktır. Kan basıncı kontrolü için genellikle birden fazla ilaç kullanımı gerekir. Antiproteinürik etkilerinde dolayı bir ACE inhibitörü veya ARB tedavide yer almalıdır. Bu hastalarda potasyum tutucu diüretiklerden kaçınılmalıdır.

### **Serebrovasküler Hastalığı Olan Hastalarda Antihipertansif Tedavi**

İnme öyküsü olan hastalarda antihipertansif tedavinin yararı kan basıncının düşürülmesine bağlı olduğundan tüm ilaçlar kullanılabilir. İnmenin akut döneminde kan basıncı yüksek olma eğilimindedir ve bu dönemde tansiyonun hızlı düşürülmesinden kaçınılmalıdır.

### **Koroner Arter Hastalığı Ve Kalp Yetmezliğinde Antihipertansif Tedavi**

Miyokard infarktüsü sonrası beta-bloker, ACE inhibitörü veya ARB'lerin erken dönemde kullanılmaya başlanması kardiyovasküler sonlanımları iyileştirmektedir. Bu yararlı etkiler, hem bu ilaçların özgül koruyucu özelliklerine hem de kan basıncının düşürülmesine bağlıdır. Akut miyokard infarktüsü ile birlikte tansiyon yüksekliği olan hastalarda koroner perfüzyonun azalmaması için kan basıncının hızlı düşürülmesinden kaçınılmalıdır. Kalp yetmezliği olan hastalarda kalp atım hacminin azalmasına bağlı olarak sistolik kan basıncı düşerken, yoğun vazokonstriksiyon sebebi ile diyastolik kan basıncı yükselme eğilimindedir. Bu hastalarda diüretikler, ACE inhibitörü/ARB'ler ve beta-blokerler tercih edilmelidir. Kalsiyum kanal blokerlerinden kan basıncı veya anjinayı kontrol altına almak için gerekli olan durumlar dışında kaçınılmalıdır.

## **SONUÇ**

Hipertansiyon gebe olmayan erişkinlerin hastaneye başvurularının önde gelen nedenlerindedir.

Hem insanlara yüklediği risk hem de ülkelerin ekonomisine olan maliyeti nedeniyle erken tanı ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Hipertansiyon tanı ve tedavisine ilişkin stratejiler güncel kılavuzlarda net olarak belirtilmekle birlikte, tedavi bireyselleştirilmeli ve hastalar hedef organ hasarı ve tedaviye uyum açısından yakın takip edilmelidir.

### **KAYNAKÇA**

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39, 3021-3104. Doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
2. Verdecchia P, O'Brien E, Pickering T, et al. When can the practicing physician suspect white coat hypertension? Statement from the Working Group on Blood Pressure Monitoring of the European Society of Hypertension. *Am J Hypertens* 16:87, 2003.
3. Banegas JR, Ruilope LM, de la Sierra A, Relationship between clinic and ambulatory blood-pressure measurements and mortality. *N Engl J Med* 2018;378:1509-1520.
4. Kültürsay H, Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2011, 39 Suppl 4:6-13. Doi: 10.5543/tkda.2011.kultursay.
5. Kaplan, NM. (2008). Sistemik Hipertansiyon: Mekanizmalar ve Tanı. Eugene Braunwald (Ed.), *A Textbook Of Cardiovascular Medicine* içinde (s. 959 - 987). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
6. Havranek EP, Froshaug DB, Emserman CD, Left ventricular hypertrophy and cardiovascular mortality by race and ethnicity. *Am J Med* 2008; 121:870-875.
7. Leoncini G, Sacchi G, Ravera M, et al: Microalbuminuria is an integrated marker of subclinical organ damage in primary hypertension. *J Hum Hypertens* 16:399, 2002.
8. Kearney-Schwartz A, Rossignol P, Bracard S, et al. Vascular structure and function is correlated to cognitive performance and white matter hyperintensities in older hypertensive patients with subjective memory complaints. *Stroke* 2009, 40:1229-1236.
9. Longstreth WT Jr, Manolio TA, Arnold A, et al. Clinical correlates of white matter findings on cranial magnetic resonance imaging of 3301 elderly people. The Cardiovascular Health Study. *Stroke* 1996;27:1274-1282.
10. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004937.
11. Kaplan, NM. (2008). Sistemik Hipertansiyon: Tedavi. Eugene Braunwald (Ed.), *A Textbook Of Cardiovascular Medicine* içinde (s. 989 - 1012). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
12. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, et al. InterAct Consortium. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 2014;349:g4164.
13. Ding M, Bhupathiraju SN, Satija A, et al. Long-term coffee consumption and risk of cardiovascular disease: a systematic review and a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Circulation* 2014;129:643-659.

14. Li G, Zhang Y, Thabane L, et al. Effect of green tea supplementation on blood pressure among overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens* 2015;33:243–254.
15. Greyling A, Ras RT, Zock PL, et al. The effect of black tea on blood pressure: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e103247.
16. Neter JE, Stam BE, Kok FJ et al. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42:878–884.
17. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al, ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37:2315–2381.
18. Gropelli A, Giorgi DM, Omboni S, et al. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* 1992;10:495-9.
19. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.
20. Kronish IM, Woodward M, Sergie Z, et al. Metaanalysis: impact of drug class on adherence to antihypertensives. *Circulation* 2011;123:1611–1621.
21. Fried LF, Emanuele N, Zhang JH, et al, VA NEPHRON-D Investigators. Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. *N Engl J Med* 2013;369:1892–1903.
22. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005;366:1545-53.
23. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013;34:2159–2219.
24. Corrao G, Zambon A, Parodi A, et al. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly-treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens* 2008;26:819–824.
25. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly. *Lancet* 355:865.