

HİPERTANSİF ACİLLERE YAKLAŞIM

21. BÖLÜM

İdris ORUÇ¹

GİRİŞ

Hipertansif acil sistolik ve diyastolik kan basıncında ciddi bir yükselmeyle beraber akut veya ilerleyici hedef organ hasarı olması olarak tanımlanır ve dakikalar içinde kan basıncının azaltılması zorunludur. Malign hipertansiyon ise evre 3-4 nefropati ve retinopatinin eşlik ettiği kan basıncı yükselmesidir. Hipertansif acil durumlar acil serviste çalışan kişiler arasında bilinmesi gereken önemli ve sık görülen olaylardır. Kontrolsüz hipertansiyonu olan hastaların ilerleyici KBH ve ESRD dahil hedef organ hasarı geliştirme olasılığı daha yüksektir. Bu hastaların tedavisi için bir nefroloğa sevk edilmesi gerekli olup uygun kan basıncı hedeflerine ulaşılması için tedavi zor olabilir (1).

Genellikle 180/110 mmhg olarak tanımlanan akut kan basıncındaki yükselmeler, semptomların olmamasından hayatı tehdit edebilen hedef organ hasarına neden olabilirler (2). Hipertansif acil durumlarla ilişkili olarak akut böbrek hastalığı, akut miyokard infarktüsü, pulmoner ödem, akut sol ventrikül yetmezliği, aort diseksiyonu, hipertansif ensefalopati, akut iskemik veya hemorajik inme ve mikroanjiyopatik hemolitik anemi görülebilir (3,4). Hastaların klinik durumu ve komorbiditelerin değerlendirilmesine göre en iyi ilaç seçilmelidir.

¹ Uzman doktor, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, dridris21@hotmail.com

Tedavisiz bırakılan hipertansif aciller kötü prognozludur. (ortalama yaşam süreleri 5 aydır). Antihipertansif tedavilerin başlanmasından bu yana hastanın prognozu kan basıncının yüksekliğinden ziyade tanı anındaki renal, kardiyak ve nörolojik fonksiyonlara bağlıdır.

KONSÜLTASYON VE ACİL NOTLARI

- Hipertansif acil durumlar özellikle acil serviste çalışan kişiler arasında bilinmesi gereken önemli bir olaydır.
- Hipertansif acil sistolik ve diyastolik kan basıncında ciddi bir yükselmeye beraber akut veya ilerleyici hedef organ hasarı olması olarak tanımlanır ve dakikalar içinde kan basıncının azaltılması zorunludur.
- Hipertansif acil durumlarla ilişkili olarak Akut böbrek hastalığı, Akut miyokard infarktüsü, Pulmoner ödem, Akut sol ventrikül yetmezliği, Aort diseksiyonu, Hipertansif ensefalopati, Akut iskemik veya hemorajik inme ve mikroanjiyopatik hemolitik anemi görülebilir.
- Hipertansif krizi olan hastalarda baş ağrısı, bulantı, kusma, bulanık görme veya anksiyete atağı gibi hafif semptomlardan yaşamı tehdit edebilen bulgulara kadar geniş bir klinik ile ortaya çıkabilir.
- Spesifik ilaçların seçimi krizin altında yatan nedenlere, hastanın demografik yapısına, kardiyovasküler risklere ve komorbiditelere bağlıdır.
- Hipertansif acillerin tedavisinde hidralazin, labetalol, esmolol, loop diüretikleri, fenoldopam, kaptopril, nitrogliserin, nitroprussid, fentolamin ve amlodipin verilir.

KAYNAKLAR

- 1.Torun D,Sezer S,Özdemir FN.Hipertansif acillere yaklaşım.Turkiye Klinikleri J Nephrol 2008, 3
- 2.Williams B, Mancia G, Spiering W, et al; 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2018;36(10):1953-2041.
3. Vilela Martin JF, Higashiyama E', Garcia E, et al. Hypertensive crisis profile. Prevalence and clinical presentation. Arq Bras Cardiol. 2004;83:125-36.
4. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio, et al. Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation. Hypertension. 1996;27:144-7.

5. Karras DJ, Kruus LK, Cienki JJ, et al. Evaluation and treatment of patients with severely elevated blood pressure in academic emergency departments: a multicenter study. *Ann Emerg Med.* 2006;47:230-6
6. Vidt DG. Current concepts in treatment of hypertensive emergencies. *Am Heart J* 1986; 111:220-5.
7. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med* 1992;327: 776-81.
8. Ault MJ, Ellrodt AG. Pathophysiological events leading to the end-organ effects of acute hypertension. *Am J Emerg Med* 1985; 3:10-5
9. Lassegué B, Griending KK. Reactive oxygen species in hypertension: an update. *Am J Hypertens* 2004; 17:852-60
10. Wu HP, Yang WC, Wu YK, et al. Clinical significance of blood pressure ratios in hypertensive crisis in children. *Arch Dis Child.* 2012;97(3):200-5.
11. Rey E, LeLorier J, Burgess E, et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 3. Pharmacologic treatment of hypertensive disorders in pregnancy. *CMAJ* 1997;157:1245-54.
12. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest* 2002;122:311-28
13. Qureshi AI, Bliwise DL, Bliwise NG, et al. Rate of 24 hour blood pressure decline and mortality after spontaneous intraserebral hemorrhage: A retrospective analysis with a random effects regression model. *Crit Care Med* 1999; 27:480-5.
14. Munoz S, Martin N, Arruga J. Malignant hypertension: ocular manifestations. *Scientific World Journal* 2006;6:122-4.
15. Marik PE, Varon J. Hypertensive crises: challenges and management. *Chest.* 2007;131:1949-62.
16. van den Born BJH, Beutler JJ, et al. Dutch guideline for the management of hypertensive crisis—2010 revision. *Neth J Med.* 2011;69:248-55.
17. Kaya A, Tathisu MA, Kaplan Kaya T, et al. Hipertansif krizde sublingual ve oral kaptopril. *J Emerg Med.* 2016; 50: 108-15.
18. Grossman E, Messerli FH, Grodzicky T, et al. A moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies. *JAMA.* 1996;276(16):1328-31.
19. Donnelly R, Meredith PA, Miller SHK, et al. Pharmacodynamic modeling of the antihypertensive response to amlodipine. *Clin Pharmacol Ther.* 1993;54:303-10.
20. Varon J. Treatment of acute severe hypertension: current and newer agents. *Drugs.* 2008;68:283-97.
21. Marx P, Reid D. Labetalol infusion in acute myocardial infarction with systemic hypertension. *Br J Clin Pharmacol.* 1979;8:233S-8S.
22. Shi Y, Zalewski A, Bravette B, et al. Selective dopamine-1 receptor agonist augments regional myocardial blood flow: comparison of fenoldopam and dopamine. *Am Heart J* 1992;124:418-23.
23. Shusterman NH, Elliott WJ, White WB. Fenoldopam, but not nitroprusside, improves renal function in severely hypertensive patients with impaired renal function. *Am Heart J* 1993;95:161-8.
24. Khot UN, Novaro GM, Popović ZB, et al. Nitroprusside in critically ill patients with left ventricular dysfunction and aortic stenosis. *N Engl J Med.* 2003 May 1;348(18):1756-63.

25. Kondo T, Brock MBH. Effect of intra-arterial sodium nitroprusside on intracranial pressure and cerebral autoregulation. *Jpn Heart J.* 1984;25:231–7.
26. Niknahad HOP. Involvement of nitric oxide in nitroprusside-induced hepatocyte cytotoxicity. *Biochem Pharmacol.* 1996;51:1031–9.
27. Maloberti A, Cassano G, Capsoni N, et al. Therapeutic Approach to Hypertension Urgencies and Emergencies in the Emergency Room. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2018 Jun;25(2):177-189.
28. Ludden TM, Shepherd AMM, McNay JL, et al. Hydralazine kinetics in hypertensive patients after intravenous administration. *Clin Pharmacol Ther.* 1980;28:736–42.
29. Vuylsteke A, Vincent JL, Payen D, et al. Characteristics, practice patterns, and outcomes in patients with acute hypertension: European registry for studying the treatment of acute hypertension (Euro-STAT) registry. *Crit Care.* 2011;15:1–9.