



BÖLÜM 65

Pulmoner Hipertansiyon Tedavi Algoritması

Mehmet AYDOĞAN¹

GİRİŞ

Mevcut hemodinamik kriterlere göre ortalama pulmoner arter basıncı (oPAB) >20 mmHg ve pulmoner vasküler rezistans (PVR) >2 wood ünitesi olan hastalara PHT tanısı konulabilir, ancak PHT tedavisinde endikasyona sahip ilaçların etkililiği yalnızca oPAB >25 mmHg ve PVR >3 wood ünitesi (WU) olan hastalarda gösterilmiştir (1,2). Arada kalan değerlere sahip hastalarda PHT ilaçlarının etkililiğine dair yeterli veri bulunmamaktadır. Aynı durum, tanımı gereği PHT kriterlerini karşılamayan egzersiz ile ilişkili PHT için de geçerlidir.

PHT hastalarının yönetimi, kapsamlı bir tedavi stratejisi ve disiplinler arası bakım gerektiren bir süreçtir. PHT spesifik ilaçlarının yanı sıra, bireyselleştirilmiş destek tedavileri ve tamamlayıcı öğelerin de bu sürece katılması gerekmektedir. PHT ve sağ kalp yetersizliği uygun bir şekilde yönetilmeli, fiziksel aktivite ve rehabilitasyonlar, antikoagülasyon, oksijen desteği, demir desteği, aşılama, psikososyal destek ve gebelik gibi süreçler dikkatle ele alınmalıdır.

GRUP 1 PHT TEDAVİ ALGORİTMASI

Grup 1 pulmoner hipertansiyon, PHT ilaçlarının etkin olduğu en önemli gruptur. Bu grupta bulunan idiyoPATİK PHT, kalıtsal PHT ve ilaç ilişkili PHT hastalarında tedavi stratejisinin belirlenmesi vazoreaktivite testine bağlıdır. Hemodinamik inceleme sırasında akut vazoreaktivite testine pozitif yanıt veren PHT hastaları vazoreaktif olarak değerlendirilir ve kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ile tedaviye olumlu yanıt verirler. İdiyoPATİK, kalıtsal veya ilaç ilişkili PHT hastalarında yüksek doz KKB ile tedavi edilebilecek hastaları saptamak için vazoreaktivite testi yapılması önerilmektedir (2). Grup 2,3,4 ve 5 PHT hastalarında vazoreaktivite testi önerilmez. Bu testin PHT özelleşmiş merkezlerinde yapılması önerilir. Vazoreaktivite testinin inhale nitrik oksit, inhale iloprost veya intravenöz epoprostenol ile yapılması önerilir (3). Kalp debisinin arttığı veya değişmediği durumda ortalama PAB <40 mmHg mutlak değerine azalacak şekilde >10 mmHg'lık düşüşü vazoreaktivite testine pozitif yanıt olarak değerlendirilmelidir. Vazoreaktivite testi için önerilen bileşiklere ait uygulama yolu, yarı ömür, doz ve uygulama süresi bilgileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

¹ Uzm. Dr., Bitlis Tatvan Devlet Hastanesi, dr.maydogan@hotmail.com, ORCID iD:0000-0003-1342-3590

KAYNAKLAR

1. Galiè N, McLaughlin VV, Rubin LJ, Simonneau G. An overview of the 6th World Symposium on Pulmonary Hypertension. *Eur Respir J*. 2019 Jan 24;53(1):1802148.
2. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *European Heart Journal* (2022) 43, 3618–3731
3. Opitz CF, Wensel R, Bettmann M, et al. Assessment of the vasodilator response in primary pulmonary hypertension. Comparing prostacyclin and iloprost administered by either infusion or inhalation. *Eur Heart J* 2003;24:356–365.
4. Rich S, Kaufmann E, Levy PS. The effect of high doses of calcium-channel blockers on survival in primary pulmonary hypertension. *N Engl J Med* 1992;327:76–81.
5. Hjalmarsson C, Rådegran G, Kylhammar D, Rundqvist B, Multing J, Nisell MD, et al. Impact of age and comorbidity on risk stratification in idiopathic pulmonary arterial hypertension. *Eur Respir J* 2018;51:1702310.
6. Sitbon O, Channick R, Chin KM, Frey A, Gaine S, Galiè N, et al. Selexipag for the treatment of pulmonary arterial hypertension. *N Engl J Med* 2015;373:2522–2533.
7. Hoeper MM, Benza RL, Corris P, de Perrot M, Fadel E, Keogh AM, et al. Intensive care, right ventricular support and lung transplantation in patients with pulmonary hypertension. *Eur Respir J* 2019;53:1801906.
8. Lajoie AC, Lauziere G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Combination therapy versus monotherapy for pulmonary arterial hypertension: a meta-analysis. *Lancet Respir Med* 2016;4:291–305
9. Weatherald J, Dorfmueller P, Perros F, Ghigna MR, Girerd B, Humbert M, et al. Pulmonary capillary haemangiomas: a distinct entity? *Eur Respir Rev* 2020;29:190168
10. Caravita S, Dewachter C, Soranna D, D'Araujo SC, Khaldi A, Zambon A, et al. Haemodynamics to predict outcome in pulmonary hypertension due to left heart disease: a meta-analysis. *Eur Respir J* 2018;51:1702427.
11. Nathan SD, Barbera JA, Gaine SP, Harari S, Martinez FJ, Olschewski H, et al. Pulmonary hypertension in chronic lung disease and hypoxia. *Eur Respir J* 2019; 53:1801914.
12. Klok FA, Delcroix M, Bogaard HJ. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension from the perspective of patients with pulmonary embolism. *J Thromb Haemost* 2018;16:1040–1051.