

20.

BÖLÜM

PERİFERİK ARTER HASTASINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Hasan Murat UĞURLU¹

GİRİŞ

Periferik arter hastalığı aterosklerozun ilerlemesi sonucunda kalbi besleyen koroner damarlar dışındaki damarların daralması veya tıkanması sonucu yeterli kan akımı sağlanamaması nedeniyle organ ve dokuların olumsuz etkilendiği giderek sıklığı artan ilerleyici bir hastalıktır (1). Periferik arter hastalığı yaygınlığı 65 yaş üzerindeki kadınlarda %17, erkeklerde ise %20 olarak bildirilmektedir (2). Periferik arter hastalığı (PAH) yaygınlığı, invaziv olmayan kriterlere göre, 60 yaş altında %3-7 iken, 70 yaş üstündeki nüfusta bu oran %20'ye ulaşmaktadır. Bu kişilerin yaklaşık olarak yüzde ellisi asemptomatiktir (2). PAH, çoğunlukla alt ekstremité damarlarını tutan bu hastalık ister asemptomatik ister semptomatik olsun kardiyovasküler komplikasyonlar açısından yüksek risk oluşturmaktadır. İntermitanat kladikasyonu olan hastaların 5 yıl içerisinde myokard infarktüsü ve strok riskinin %20 arttığı ölüm oranının %10-15 arttığı gösterilmiştir (3).

Son yıllarda artan diyabet hastalığı insidansı nedeniyle ve hastalığın çoğu bireyde asemptomatik seyretmesi hastalığın sinsi bir şekilde ilerlemesini kolaylaştırmaktadır. Sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon, hiperhomosisteinemi, obezite ve genetik faktörler periferik arter hastalığı risk faktörleridir bu bölümde periferik arter hastalığında risk faktörleri içerisinde bulunan Aynı zamanda aterosklerotik hastalığın değiştirilebilir risk faktörlerinden olan hipertansiyon tedavisine değineceğiz

¹ Uzm. Dr., Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, drhmmurat@yahoo.com

SONUÇ

Periferik Arter Hastasında hipertansiyonu tedavi ederken genel hipertansiyon tedavisine yaklaşım ile bir farklılık olmayıp seçilecek ajanın hastanın sahip olduğu ek hastalıklarında göz önünde bulundurarak verilmelidir. Hedefimiz daima yüksek tansiyon düzeylerini düşürüp elde edilecek fayda sayesinde hipertansiyonu kontrol altında tutarak kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azaltmak olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. I.J. Kullo, T.W. Rooke **CLINICAL PRACTICE. Peripheral artery disease** N. Engl. J. Med., 374 (2016), pp. 861-871
2. Welten GM, Schouten O, Chonchol M et al. Prognosis of patients with peripheral arterial disease. J Cardiovasc Surg (Torino) 2009;50:109-21.
3. Fowkes FG, Murray GD, Butcher I et al. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. JAMA 2008; 300:197-208.
4. K.J. Stewart, W.R. Hiatt, J.G. Regensteiner et al. **Exercise training for claudication** N. Engl. J. Med., 347 (2002), pp. 1941-1951
5. Peripheral artery disease, redox signaling, oxidative stress – Basic and clinical aspects .sebastian steven et al.redox biology volume 12, August 2017, Pages 787-797
6. Binaghi F, Fronteddu PF, Cannas F et al. Prevalence of peripheral arterial occlusive disease and associated risk factors in a sample of southern Sardinian population. Int Angiol. 1994; 13(3):233-45. PMID: 7822900
7. Pfeffer MA, Braunwald E, Moye LA et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. Results of the survival and ventricular enlargement trial. The SAVE Investigators. N Engl J Med. 1992; 327(10):669-77. <https://doi.org/10.1056/NEJM199209033271001> PMID: 1386652
8. Hiatt WR. Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication. New England Journal of Medicine 2001; 344(21):1608-21.
9. Lassila R, Lepantalo M, Lindfors O. Peripheral arterial disease - natural outcome. Acta Medica Scandinavica 1986; 220(4):295-301.
10. Hughson WG, Mann JI, Garrod A. Intermittent claudication: prevalence and risk factors. British Medical Journal 1978;1(6124):1379-81.
11. Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E et al. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. Circulation 1985;71(3):510-5.
12. Roberts DH, Tsao Y, McLoughlin GA et al. Placebo-controlled comparison of captopril, atenolol, labetalol, and pindolol in hypertension complicated by intermittent claudication. Lancet. 1987; 2(8560):650-3. PMID: 2887941
13. Bogaert MG, Clement DL. Lack of influence of propranolol and metoprolol on walking distance in patients with chronic intermittent claudication. Eur Heart J. 1983; 4(3):203-4. PMID: 6861770
14. Radack K, Deck C. Beta-adrenergic blocker therapy does not worsen intermittent claudication in subjects with peripheral arterial disease. A meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 1991;151:1769-1776.

15. Kimose H-H, Bagger JP, Aagaard MT et al. Placebo-controlled, double-blind study of the effect of verapamil in intermittent claudication. *Angiology*. 1990; 41(8):595–8. <https://doi.org/10.1177/000331979004100802> PMID: 2202231
16. Casiglia E, Petuccio S, Pessina AC. Antihypertensive efficacy of amlodipine and enalapril and effects on peripheral blood flow in patients with essential hypertension and intermittent claudication. *Clin Drug Invest*. 1997; 13(1):97–101.
17. Catalano M, Libretti A. A multicenter study of doxazosin in the treatment of patients with mild or moderate essential hypertension and concomitant intermittent claudication. *Am Heart J*. 1991; 121(1 Pt 2):367–71. PMID: 1824663
18. Paravastu SC, Mendonca DA, da Silva A. Beta blockers for peripheral arterial disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;38:66–70.
19. Stergiou GS, Nasothimiou EG. Hypertension: Does home telemonitoring improve hypertension management? *Nature Rev Nephrol* 2011;7:493–495.
20. Sleight P. The HOPE Study (Heart Outcomes Prevention Evaluation). *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst*. 2000 Mar;1(1):18–20. doi: 10.3317/jraas.2000.002. PMID: 11967789.
21. ONTARGET/TRANSCEND Investigators. *Am Heart J*. 2004;148:52–61.
22. De Buyzere ML, Clement DL. Management of hypertension in peripheral arterial disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2008;50:238–263.
23. Shahin Y, Mazari F, Chetter I. Do angiotensin converting enzyme inhibitors improve walking distance in patients with symptomatic lower limb arterial disease? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Surg* 2011;9:209–213.
24. Zhu CZ, Norris JW. Role of carotid stenosis in ischemic stroke. *Stroke* 21(8): 1131–1134, 1990.
25. Zanchetti A, Crepaldi G, Bond MG et al. Different effects of antihypertensive regimens based on fosinopril or hydrochlorothiazide with or without lipid lowering by pravastatin on progression of asymptomatic carotid atherosclerosis: principal results of PHYLLIS—a randomized double-blind trial. *Stroke* 2004;35:2807–2812.
26. Lorenz MW, Polak JF, Kavousi M et al. PROG-IMT Study Group. Carotid intima-media thickness progression to predict cardiovascular events in the general population (the PROG-IMT collaborative project): a meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012;379:2053–2062.
27. Laurent S, Boutouyrie P, Vascular Mechanism Collaboration. Dose-dependent arterial destiffening and inward remodeling after olmesartan in hypertensives with metabolic syndrome. *Hypertension* 2014;64:709–716.
28. Ong KT, Delorme S, Pannier B et al. Aortic stiffness is reduced beyond blood pressure lowering by short-term and long-term antihypertensive treatment: a meta-analysis of individual data in 294 patients. *J Hypertens* 2011;29:1034–1042.
29. Shahin Y, Khan JA, Chetter I. Angiotensin converting enzyme inhibitors effect on arterial stiffness and wave reflections: a meta-analysis and meta-regression of randomised controlled trials. *Atherosclerosis* 2012;221:18–33.
30. Ait-Oufella H, Collin C, Bozec E et al. Long-term reduction in aortic stiffness: a 5.3-year follow-up in routine clinical practice. *J Hypertens* 2010;28:2336–2341.
31. Guerin AP, Blacher J, Pannier B et al. Impact of aortic stiffness attenuation on survival of patients in end-stage renal failure. *Circulation* 2001;103:987–992