

# 22.

## BÖLÜM

# PULMONER HİPERTANSİYON HASTALARINDA ESANSİYEL HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE YAKLAŞIM

Zafer YALIM<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), dünya çapında kardiyovasküler hastalıkların ve ölümün önde gelen nedenlerinden biridir (1). Son yıllarda artan HT sıklığına rağmen halen hipertansiyon farkındalığı, tedavisi ve kan basıncı kontrolü oranları düşük seyretmektedir. Güncel verilere bakıldığında dünyada ve ülkemizde yetişkin bireylerde HT prevalansının %30 düzeyinde seyrettiği görülmektedir (1-3). Birçok kardiyovasküler hastalık ile ilişkisi açık bir şekilde gösterilmiş olan hipertansiyonun Pulmoner hipertansiyon (PH) hastalarında, nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili halen yeterli veri bulunmamaktadır. Bu bölümde spesifik bir hastalık grubu olan PH hastalarında hipertansiyon tedavisi ve yönetimi değerlendirilecektir.

Pulmoner hipertansiyon istirahat halindeki bir bireyin sağ kalp kateterizasyonu ile ölçülen pulmoner arter basıncının (ortalama pulmoner arter basıncının (oPAB) 25 mmHg ve pulmoner vasküler direnç  $\geq 3$  Wood ünite üzerinde olması) yüksek olması ile karakterize, ilerleyebilen ve farklı etyolojik hastalıkları içinde barındıran kompleks bir hastalık durumudur (4). Her ne kadar son yıllarda oPAB değerinin 20 mmHg üzerinde olması gerektiği ile ilgili öneriler olsa da (5), hastalığın tanısında ve sınıflandırılmasında sadece bu değer kullanılmadığı, ayrıca diğer hemodinamik ve klinik parametrelerin değerlendirilmesinin önemli olduğu bilinmektedir. Hastaların sınıflandırılmasında ve tanısında birçok farklı tanısal test kullanılmakla birlikte temel olarak sağ kalp kateterizasyonu bulguları ve klinik özelliklerine göre PH sınıflandırılması yapılmaktadır. Pulmoner hipertansiyona yol açan hastalığın tanısının net olması hastalara uygulanacak spesifik tedaviler ve yaklaşımlar için önemli bir durumdur. Bu konuda yayınlanmış olan son güncel Avrupa kılavuzuna göre PH klinik ve hemodinamik sınıflaması Tablo-1 de özetlendi (4).

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kardiyoloji AD, zaferyalim@yahoo.com.tr

**KAYNAKLAR**

1. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* 2020 Apr;16(4):223–37.
2. Yurekli AA, Bilir N, Husain MJ. Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015–2030. *PLoS One* [Internet]. 2019 Sep 11;14(9):e0221556–e0221556. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31509548>
3. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013 Feb;28(2):169–80.
4. Galie N, Humbert M, Vachiery J-L, et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2016 Feb;69(2):177.
5. Simonneau G, Montani D, Celermajer DS, et al. Haemodynamic definitions and updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Eur Respir J.* 2019 Jan;53(1).
6. Öngen G. Pulmoner Hipertansiyon. *Temel akciğer sağlığı ve Hast.* 2011;
7. Montani D, Savale L, Natali D, et al. Long-term response to calcium-channel blockers in non-idiopathic pulmonary arterial hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2010 Aug 1;31(15):1898–907. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq170>
8. Cohn JN. Optimal diuretic therapy for heart failure. Vol. 111, *The American journal of medicine.* United States; 2001. p. 577.
9. Vachiéry J-L, Tedford RJ, Rosenkranz S, et al. Pulmonary hypertension due to left heart disease. *Eur Respir J.* 2019 Jan;53(1).
10. 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 (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J* [Internet]. 2018 Sep 1;39(33):3021–104. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
11. Crisafulli E, Costi S, Luppi F, et al. Role of comorbidities in a cohort of patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation. *Thorax* [Internet]. 2008 Jun 1;63(6):487 LP – 492. Available from: <http://thorax.bmj.com/content/63/6/487.abstract>
12. Rossi GP, Bisogni V, Rossitto G, et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2020;1–14.
13. Cömert SŞ, Çağlayan B. Akciğer hastalığı veya hipoksiye bağlı pulmoner hipertansiyon ve tedavisi. *Anatol J Cardiol Kardiyol Derg.* 2010;10.
14. Kuba K, Imai Y, Penninger JM. Angiotensin-converting enzyme 2 in lung diseases. *Curr Opin Pharmacol.* 2006 Jun;6(3):271–6.
15. Rutten FH, Zuithoff NPA, Hak E, et al.  $\beta$ -blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 2010;170(10):880–7.
16. Coiro S, Girerd N, Rossignol P, et al. Association of beta-blocker treatment with mortality following myocardial infarction in patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure or left ventricular dysfunction: a propensity matched-cohort analysis from the High-Risk Myocardi. *Eur J Heart Fail.* 2017;19(2):271–9.
17. Mehta S, Helmersen D, Provencher S, et al. Diagnostic evaluation and management of chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a clinical practice guideline. *Can Respir J.* 2010;17(6):301–34.