

44.

BÖLÜM

ALERJİK HASTALARDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE YAKLAŞIM

Sümevra Alan YALIM¹

GİRİŞ

Alerjik hastalıkların sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Hastaneye başvuran hastaların neredeyse büyük çoğunluğu hayatlarında en az bir kez alerjik reaksiyon yaşadıklarını ifade etmektedir. Alerjik hastalıklar yaşamı tehdit etmese de hastaların yaşam kalitesini bozmakta özellikle alternatif ilaçların yokluğunda tedaviyi düzenleyen hekimi sınırlandırmaktadır. Aynı zamanda hastaların alerjileri nedeniyle kullanmakta oldukları ilaçları da tedaviyi güçleştirebilmektedir. Hastalar ilaçlar ile yaşadıkları durumlarla ilgili olarak genellikle nedenin bir “alerji” olduğuna inanırlar, ancak kontrol edildiğinde yan etkilerin yalnızca çok küçük bir kısmı gerçekten alerjiktir (1).

Hipertansiyon tüm dünyada kronik hastalıkların önde gelen nedenidir. Hastalarda hipertansiyon yalnız başına bulunabileceği gibi çoğu zaman da eşlik eden hastalık olarak konumlanmaktadır (2). Bu nedenle her hipertansiyon hastasında kan basıncı, risk faktörleri, hedef organ hasarı, eşlik eden hastalıklar ve eşlik eden klinik durumlar taranmalıdır (3). Hipertansiyonu olan bir hastada yalnızca kan basıncına odaklanmak yerine bireyin özelliklerini ve genel riskini belirlemek önemlidir. Son yıllarda alerjik hastalıklar ve hipertansiyon arasında ilişkinin olabileceği çalışmalarda bildirilmiş olmasına rağmen bu ilişkinin arkasındaki mekanizmalar şu an halen net değildir. Çalışmalarda gözlemlenen immünolojik disfonksiyon ve inflamasyonun hipertansiyon ve diğer vasküler bozuklukların aracılık ettiği hastalıkların patogeneğinde rol oynayabileceği, alerjik hastalarda artan hipertansiyon sıklığını açıklayabilir (4).

¹ Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Allerji ve İmmünoloji AD, alansumeyra@gmail.com

Hastalar tarafından bildirilen yan etkilerin belirli bir ilaca atanması genellikle zordur. Bu etkilerden sadece yaklaşık %10'unda neden açıktır, % 70'i olasıdır ve % 20'si muhtemelen bir ilaçtan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bildirilen şikayetlerin çoğu, ilaca spesifik alerjik etkilerden değildir. Hastanın tedaviden beklentisi ve deneyimleri, anksiyete ve depresif ruh hali gibi psikolojik faktörler spesifik olmayan etkilere yol açar. Spesifik olmayan bu etkiler ayrıca sağlık bozuklukları ve ilk kez ortaya çıkan veya algılanan ve bir ilaca yanlı olarak atanan şikayetleri de içerir. Antihipertansif ilaçlar söz konusu olduğunda, kan basıncını düşürmenin bir sonucu olarak baş dönmesi, dengesiz yürüyüş, düşme ve senkop, anafaktik reaksiyon olarak değerlendirilebilir. Bu semptomların çoğu tedavinin başlamasından sonra veya doz artışlarından sonra ortaya çıkar. Bu nedenle hastalar bu tür etkilerin olabileceğinden haberdar edilmelidir. Burada önemli olan konu şikayetler ile ilaç alım süresi arasındaki geçen süredir. Olumsuz ilaç reaksiyonları sağlık sistemi üzerinde artan bir yüke neden olmakta ve akut hastane başvurularının yaklaşık % 6,5'ini oluşturmaktadır (46). Her ne kadar antihipertansif ilaçlarla spesifik alerjik reaksiyon nadir olsa da hekim şüpheli ilaç anamnezi durumunda hastayı alerji uzmanına yönlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Holzgreve H. Von der singulären zur multiplen Intoleranz. MMW-Fortschritte der Medizin. 2015;157(17):73–4.
2. O'Donnell AJ, Bogner HR, Kellom K, Miller-Day M, de Vries McClintock HF, Kaye EM, et al. Peer Reviewed: Stakeholder Perspectives on Changes in Hypertension Care Under the Patient-Centered Medical Home. Prev Chronic Dis. 2016;13.
3. Rivera SL, Martin J, Landry J. Acute and Chronic Hypertension: What Clinicians Need to Know for Diagnosis and Management. Crit Care Nurs Clin North Am. 2019 Mar;31(1):97–108.
4. Guarner-Lans V, Ramírez-Higuera A, Rubio-Ruiz ME, Castrejón-Téllez V, Soto ME, Pérez-Torres I. Early Programming of Adult Systemic Essential Hypertension. Int J Mol Sci [Internet]. 2020 Feb 11;21(4):1203. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32054074>
5. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet [Internet]. 2012;380(9859):2163–96. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612617292>
6. Christiansen SC, Zuraw BL. Treatment of Hypertension in Patients with Asthma. N Engl J Med. 2019 Sep;381(11):1046–57.
7. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, 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 . J Hypertens. 2018 Oct;36(10):1953–2041.

8. Patel MR, Janevic MR, Heeringa SG, Baptist AP, Clark NM. An examination of adverse asthma outcomes in U.S. Adults with multiple morbidities. *Ann Am Thorac Soc*. 2013 Oct;10(5):426–31.
9. Zhang T, Carleton BC, Prosser RJ, Smith AM. The Added Burden of Comorbidity in Patients with Asthma. *J Asthma* [Internet]. 2009 Dec 3;46(10):1021–6. Available from: <https://doi.org/10.3109/02770900903350473>
10. Sin DD, Wu L, Man SFP. The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality: a population-based study and a systematic review of the literature. *Chest*. 2005;127(6):1952–9.
11. Nasreen S, Nessa A, Islam F, Khanam A, Sultana R, Alam K, et al. Interaction between Hypertension and Asthma in Adult. *Mymensingh Med J MMJ*. 2018;27(1):34–40.
12. Bjermer L. Time for a paradigm shift in asthma treatment: from relieving bronchospasm to controlling systemic inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(6):1269–75.
13. Nelson HS, Weiss ST, Bleecker ER, Yancey SW, Dorinsky PM. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: a comparison of usual pharmacotherapy for asthma or usual pharmacotherapy plus salmeterol. *Chest*. 2006 Jan;129(1):15–26.
14. Martin RJ, Szeffler SJ, Chinchilli VM, Kraft M, Dolovich M, Boushey HA, et al. Systemic effect comparisons of six inhaled corticosteroid preparations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 May;165(10):1377–83.
15. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby J V, et al. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults National Implications for Rhythm Management and Stroke Prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* [Internet]. 2001 May 9;285(18):2370–5. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.285.18.2370>
16. Di Raimondo D, Tuttolomondo A, Musiari G, Schimmenti C, Angelo A, Pinto A. Are the myokines the mediators of physical activity-induced health benefits? *Curr Pharm Des*. 2016;22(24):3622–47.
17. Di Raimondo D, Musiari G, Benfante A, Battaglia S, Rizzo G, Tuttolomondo A, et al. Prevalence of Arterial Hypertension and Characteristics of Nocturnal Blood Pressure Profile of Asthma Patients According to Therapy and Severity of the Disease: The BADA Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6925.
18. Steppuhn H, Langen U, Keil T, Scheidt-Nave C. Chronic disease co-morbidity of asthma and unscheduled asthma care among adults: results of the national telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009 and 2010. *Prim Care Respir J*. 2014;23(1):22–9.
19. Tiotiu A, Novakova P, Kowal K, Emelyanov A, Chong-Neto H, Novakova S, et al. Beta-blockers in asthma: myth and reality. *Expert Rev Respir Med*. 2019;13(9):815–22.
20. Israili ZH, Hall WD. Cough and angioneurotic edema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy: a review of the literature and pathophysiology. *Ann Intern Med*. 1992;117(3):234–42.
21. Christiansen SC, Schatz M, Yang S-J, Ngor E, Chen W, Zuraw BL. Hypertension and asthma: a comorbid relationship. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4(1):76–81.
22. Patakas D, Vlachoianni E, Tsara V, Louridas G, Argiropoulou P. Nifedipine in bronchial asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1983;72(3):269–73.
23. Wallace D V, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008 Aug;122(2 Suppl):S1-84.
24. Juniper EF. Quality of life in adults and children with asthma and rhinitis. *Allergy*. 1997;52(10):971–7.

25. Heinrich J, Topp R, Brasche S. Rhinitis and blood pressure in adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;168(10):1243–5.
26. Kony S, Zureik M, Neukirch C, Leynaert B, Vervloet D, Neukirch F. Rhinitis is associated with increased systolic blood pressure in men: a population-based study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167(4):538–43.
27. Larsson L-G, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B. Symptoms related to obstructive sleep apnoea are common in subjects with asthma, chronic bronchitis and rhinitis in a general population. *Respir Med.* 2001;95(5):423–9.
28. Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, Bousquet J. Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. *J Allergy Clin Immunol.* 2000;106(5):S201–5.
29. Rasmussen ER, von Buchwald C, Wadelius M, Prasad SC, Kamaleswaran S, Ajegey KK, et al. Assessment of 105 patients with angiotensin converting enzyme-inhibitor induced angioedema. *Int J Otolaryngol.* 2017;2017.
30. McDowell SE, Coleman JJ, Ferner RE. Systematic review and meta-analysis of ethnic differences in risks of adverse reactions to drugs used in cardiovascular medicine. *BMJ.* 2006 May;332(7551):1177–81.
31. Caldeira D, David C, Sampaio C. Tolerability of angiotensin-receptor blockers in patients with intolerance to angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2012;12(4):263–77.
32. Agostoni A, Cicardi M, Cugno M, Zingale LC, Gioffré D, Nussberger J. Angioedema due to angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Immunopharmacology.* 1999;44(1–2):21–5.
33. Javaud N, Achamlal J, Reuter P-G, Lapostolle F, Lekouara A, Youssef M, et al. Angioedema related to angiotensin-converting enzyme inhibitors: attack severity, treatment, and hospital admission in a prospective multicenter study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(45).
34. Kostis JB, Kim HJ, Rusnak J, Casale T, Kaplan A, Corren J, et al. Incidence and characteristics of angioedema associated with enalapril. *Arch Intern Med.* 2005 Jul;165(14):1637–42.
35. Aygören-Pürsün E, Magerl M, Maetzel A, Maurer M. Epidemiology of Bradykinin-mediated angioedema: a systematic investigation of epidemiological studies. *Orphanet J Rare Dis.* 2018;13(1):1–9.
36. Messerli FH, Nussberger J. Vasopeptidase inhibition and angio-oedema. *Lancet (London, England).* 2000;356(9230):608–9.
37. Rothman KJ. *Epidemiology: an introduction.* Oxford university press; 2012.
38. Anderson MW, deShazo RD. Studies of the mechanism of angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor-associated angioedema: the effect of an ACE inhibitor on cutaneous responses to bradykinin, codeine, and histamine. *J Allergy Clin Immunol.* 1990;85(5):856–8.
39. Warner KK, Visconti JA, Tschampel MM. Angiotensin II receptor blockers in patients with ACE inhibitor-induced angioedema. *Ann Pharmacother.* 2000;34(4):526–8.
40. Vidt DG. Can angiotensin II receptor blockers be used in patients who have developed a cough or angioedema as a result of taking an ACE inhibitor? *Cleve Clin J Med.* 2001;68(3):189–90.
41. Cicardi M, Zingale LC, Bergamaschini L, Agostoni A. Angioedema associated with angiotensin-converting enzyme inhibitor use: outcome after switching to a different treatment. *Arch Intern Med.* 2004;164(8):910–3.
42. Fuchs SA, Meyboom RHB, Van Puijenbroek EP, Guchelaar H-J. Use of angiotensin receptor antagonists in patients with ACE inhibitor induced angioedema. *Pharm World Sci.* 2004;26(4):191–2.
43. Madsen F, Attermann J, Linneberg A. Epidemiology of non-hereditary angioedema. *Acta Derm Venereol.* 2012;92(5):475–9.

44. Carr AA, Prisant LM. Losartan: first of a new class of angiotensin antagonists for the management of hypertension. *J Clin Pharmacol*. 1996;36(1):3–12.
45. Hassen GW, Kalantari H, Parraga M, Chirugi R, Meletiche C, Chan C, et al. Fresh Frozen Plasma for Progressive and Refractory Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor-induced Angioedema. *J Emerg Med* [Internet]. 2013;44(4):764–72. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467912008773>
46. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *Jama*. 1997;277(4):307–11.