

GİRİŞ

Hipertansif krizler, kısa süre içinde kan basıncının düşürülmesinin gerektiği durumlar olarak tanımlanabilir. Kan basıncı düşürülürken amaç, kan basıncını normal düzeye düşürmek değil; yeterli ölçüde düşürmektir (1). Hipertansif aciller birçok sınıflamada iki ana başlık altında incelenir; Hipertansif Acil (emergency) durum ve Hipertansif İvedi durum (urgency). Hipertansif acil durumda, kan basıncı yüksekliğine eşlik eden santral sinir sistemi, kalp, böbrek, vasküler sistem hasarı varken; hipertansif ivedi durumda hedef organ hasarı yoktur (2). Hipertansif acil durum hastaneye yatarak, hemodinamik ve kardiyak monitörizasyonla beraber parenteral tedavi gerektirirken, hedef organ hasarının bulunmadığı hipertansif ivedi durumlarında sıklıkla hastaneye yatırmadan oral ajanlarla tedavi sağlanabilir (3).

Antihipertansif tedavi daha yaygın olarak kullanıldıkça, kronik, tedavi edilmiş hipertansiyon, hipertansif acil durumların daha az yaygın bir nedeni haline gelmiştir. Şu anda ABD’de, yetişkinlerin yaklaşık %85’i yüksek kan basıncının farkındadır, %80’i tedavi edilmektedir ve yaklaşık %70’i kontrol altında tutulmaktadır(4). Bu oranlar daha az gelişmiş ülkelerde tanı ve takip eksiklikleri ve dökümantasyon yetersizlikleri nedenleriyle daha düşüktür. Hipertansiyon kontrolündeki iyileşmeye rağmen, hipertansif acil durumlar ciddi bir klinik sorun olmaya devam etmektedir. Hipertansif acil durumların sıklığı, incelenen popülasyona göre değişir. Şiddetli hipertansiyon ve hipertansif acil durumları sınıflandırmak için çeşitli tanımlar kullanılmıştır. “Hipertansif ivedi durum”, “hipertansif kriz” ve “malign hipertansiyon” terimleri kafa karıştırıcıdır ve yazarlar, akut hedef organ hasarı olmayan vakalar için “kontROLSÜZ şiddetli hipertansiyon” ve akut durumlarda “hipertansif ivedi durum” terimlerini kullanmayı tercih eder. Hipertansif ivedi durumda hedef organ hasarı veya ciddi acil komplikasyon riski mevcuttur. “Hipertansif krizi” tanımlamak için 180/120 mm Hg’den daha yüksek kan basıncı seviyesi kısıstır. Bu tanımlamalardaki temel amaç hedef organ hasarı ya da olası komplikasyonlar açısından doktoru uyardır.

¹ Asst. Dr., Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, drhulyatosunsoner@hotmail.com

Kokain güçlü bir sempatomimetiktir ve aşırı doz, feokromositoma kaynaklı paroksizmal hipertansiyondan farklı olmayan, hipertansif acil duruma yol açabilir. Kokain bazen fentanil veya diğer maddelerle karıştırılır. İlk tedavi intravenöz nitroprussid, nitroglicerine veya kalsiyum kanal blokörleri kullanılarak verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*. 2003;289(19):2560-71.
2. Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. *The Lancet*. 2000;356(9227):411-7.
3. Kumbasar D. Hipertansif aciller. *Klinik Gelisim*. 2005;18:15-24.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2018;138(17):e484-e594.
5. Brathwaite L, Reif M. Hypertensive emergencies: a review of common presentations and treatment options. *Cardiology clinics*. 2019;37(3):275-86.
6. Prisant LM, Carr AA, Hawkins DW. Treating hypertensive emergencies: controlled reduction of blood pressure and protection of target organs. *Postgraduate medicine*. 1993;93(2):92-110.
7. Varon J, Marik PE. The diagnosis and management of hypertensive crises. *Chest*. 2000;118(1):214-27.
8. Skorecki K, Chertow GM, Marsden PA, et al. *Brenner & Rector's the kidney*: Elsevier Philadelphia, PA; 2016.
9. Longo DL. *Harrison: principios de medicina interna* (18a: McGraw Hill Mexico; 2012).
10. Amraoui F, Van Der Hoeven NV, Van Valkengoed IG, et al. Mortality and cardiovascular risk in patients with a history of malignant hypertension: a case-control study. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2014;16(2):122-6.
11. Andrade DO, Santos SPO, Pinhel MAS, et al. Effects of acute blood pressure elevation on biochemical-metabolic parameters in individuals with hypertensive crisis. *Clinical and Experimental Hypertension*. 2017;39(6):553-61.
12. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *stroke*. 2018;49(3):e46-e99.
13. Varon J, Marik PE. Clinical review: the management of hypertensive crises. *Critical care*. 2003;7(5):1-11.
14. Anderson CS, Selim MH, Molina CA, et al. Intensive blood pressure lowering in intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2017;48(7):2034-7.
15. Moullaali TJ, Wang X, Martin RH, et al. Statistical analysis plan for pooled individual patient data from two landmark randomized trials (INTERACT2 and ATACH-II) of intensive blood pressure lowering treatment in acute intracerebral hemorrhage. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2019.
16. Mulè G, Sorce A, Giambrone M, et al. The unsolved conundrum of optimal blood pressure

- target during acute haemorrhagic stroke: a comprehensive analysis. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2019;26(2):119-26.
17. Arnoldus EP, Van Laar T. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med*. 1996;334(26):1745; author reply 6.
 18. Malachias M, Paulo César Veiga Jardim P, Almeida F, et al. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: chapter 7-pharmacological treatment. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2016;107(3):35-43.
 19. Li JZ, Eagle KA, Vaishnava P. Hypertensive and acute aortic syndromes. *Cardiology clinics*. 2013;31(4):493-501.
 20. Mahé I, Chassany O, Grenard A-S, et al. Defining the role of calcium channel antagonists in heart failure due to systolic dysfunction. *American Journal of Cardiovascular Drugs*. 2003;3(1):33-41.
 21. Phillips RA, Greenblatt J, Krakoff LR. Hypertensive emergencies: diagnosis and management. *Prog Cardiovasc Dis*. 2002;45(1):33-48.
 22. Freda BJ, Knee AB, Braden GL, et al. Effect of transient and sustained acute kidney injury on readmissions in acute decompensated heart failure. *The American journal of cardiology*. 2017;119(11):1809-14.
 23. Lao D, Parasher PS, Cho KC, et al. Atherosclerotic renal artery stenosis—diagnosis and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*; 2011: Elsevier.
 24. Cogan JJ, Humphreys MH, Carlson CJ, et al. Renal effects of nitroprusside and hydralazine in patients with congestive heart failure. *Circulation*. 1980;61(2):316-23.
 25. Tumlin JA, Dunbar LM, Oparil S, et al. Fenoldopam, a dopamine agonist, for hypertensive emergency: a multicenter randomized trial. *Academic Emergency Medicine*. 2000;7(6):653-62.
 26. Larouche V, Garfield N, Mitmaker E, et al. and cyclical blood pressure elevation in a pheochromocytoma hypertensive crisis. *Case reports in endocrinology*. 2018;2018.
 27. Escalante CP, Zalpour A. Vascular endothelial growth factor inhibitor-induced hypertension: basics for primary care providers. *Cardiology research and practice*. 2011;2011:816897.