

2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu ve Kliniğe Yansımaları 2019 Turkish Hypertension Consensus Report and Reflections to the Clinic

İzzet Göker Küçük

Uzm.Dr., Kemalöz Aile Sağlığı Merkezi, Uşak, Türkiye

Sayın Editör,

Bilindiği üzere hipertansiyon toplumumuzun önemli bir kısmını etkileyen akut ve kronik pek çok komplikasyona neden olan bir hastalıktır. Hipertansiyon (HT) konusunda ilk kez 2015 yılında konuyla ilgili derneklerin katılımıyla “Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu” yayınlanmıştı. Bu rapor bilhassa klinik uygulamalarda kullanılabilecek bilgiler ve öneriler içermektedir. 2017 yılı itibariyle Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association- AHA) ve Avrupa Kalp Derneği (ESC) gibi bu konuda söz sahibi dernekler kan basıncı değerlerini güncellediler (1). Bu güncellemeler Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians- AAFP) vb. bazı dernekler tarafından kabul görmedi (2). Ancak tüm bu gelişmelerin ışığında 2019 yılı itibariyle yeni bir “Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu” hazırlandı. Hipertansiyon konusundaki bu değişiklikler açısından dergi okuyucularına faydası olabileceği düşünülen bazı bilgiler aşağıda özetlenmiştir (1).

Yeni kan basıncı sınıflandırması; normal (SB/DB <120 ve <80 mmHg), artmış (SB/DB 120-139 ve/veya 80-89 mmHg), evre-1 HT (SB/DB 140-159 ve/veya 90-99 mmHg), evre-2 HT (SB/DB \geq 160 ve/veya \geq 100 mmHg) olarak düzenlenmiştir (3,4). Tanı için muayeneye gelen her hastanın kan basıncı ölçümleri her iki koldan ölçülmeli ve yüksek olan taraftan en az 2 dk arayla yapılan 2 ölçümün ortalaması alınmalıdır (2). Evre-1 HT tespit edilen hastalar 2-4 hafta, Evre-2 HT olan hastalar 1-2 hafta sonra tekrar ölçüm yapılması için görülmelidir. Ancak SB >180 veya DB>110 mmHg üzerinde olan hastalarda hipertansiyon tanısı hemen konulur. Hipertansiyon tespit edilen tüm hastalarda sırasıyla öykü, fizik muayene ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır (1). Sekonder

HT için klinik şüphe olan hastalar araştırılmalıdır (4).

Hipertansiyon tedavisinde ilaç başlamadan önce yapılması gerekenlerin başında yaşam tarzı değişiklikleri (İdeal vücut ağırlığının sağlanması, tuz kısıtlaması, sağlıklı beslenme, tütün kullanımının bırakılması ve alkol kullanımının kesilmesi yada kısıtlanması, fiziksel egzersiz yapılması ve stresin azaltılması) gelmektedir (1,3,4).

Yeni öneriler arasında; artmış KB değeri olanlarda risk temelli yaklaşım uygulanmalı ve yüksek riskli olanlarda 6 ay yaşam tarzı değişiklikleri yapıldıktan sonra cevap alınmıyorsa ilaç tedavisi verilmelidir. Evre-1 HT’da yandaş hastalıklar varsa hemen, yoksa 3 ay sonraki kontrolde kan basıncı kontrol altında değilse o zaman ilaç tedavisi verilmelidir. Evre-2 HT’da zaman kaybetmeksizin ilaç tedavisine başlanmalıdır. \geq 80 yaş olanlarda tedavi başlama eşik değeri 160 yerinde \geq 150 mmHg’ya düşürüldü. Yaş gruplarına göre sistolik kan basıncı hedefi 18-64 yaş için 120-130 mmHg, \geq 65 yaş 130-140 mmHg olarak belirlendi (1). Tüm HT hastalarında diyastolik kan basıncı değeri <90 mmHg yerine <80 mmHg’nın altına çekildi (3).

İlaç tedavisinde 4 ana ilaç grubu; angiotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri, angiotensin reseptör blokerleri (ARB), diüretikler ve kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ile başlanır. Tek ya da kombinasyon yapılabilir. ACEI ve ARB’ler beraber kullanılamaz. >150/90 mmHg ise genel uygulama tek ilaçla başlanmasıdır ancak takiplerde kontrol altında olmayan ya da KB değeri >150/90 mmHg ya da Evre-2 HT varsa hastalarda kombine tedavide ACEI veya ARB ile KKB ya da diüretik beraber kullanılmalıdır. Buna rağmen kontrol

alınamayan hastalarda tedaviye spironolakton eklenmelidir. Beta blokerler sadece koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve atriyal fibrilasyonu olan HT hastalarında birinci seçenek olarak düşünülmelidir. Tedavi uyumu için mümkünse kombinasyonlar tek tablet olmalıdır eğer olmuyorsa ilaçlardan biri akşam kullanılmalıdır. İlaçların etkinliği en erken 3-4 hafta sonra değerlendirilmelidir. Cevap alınamayan durumlarda grup değişikliği yapılmalıdır. Buna rağmen yine de cevap alınamayan hastalar sevk edilmelidir (1,3,4).

Gebelikte tüm takiplerde kan basıncı ölçümleri yapılmalıdır. Net bir sınır olmasa da SB \geq 150 ve/veya DB \geq 95 mmHg olduğu durumlarda tedaviye başlanmalıdır. En sık kullanılan ilaçlar metil dopa, hidralazin, KKB'leri (nifedipin) ve labetaloldür. ACEİ, ARB'ler ve direk renin inhibitörleri gebelerde kontrendikedir (1,3). SB \geq 170 veya DB \geq 110 mmHg olanlar direk hastaneye yönlendirilmelidir. Ciddi HT olan vakalarda tedavide intravenöz Labetolol, oral metil dopa veya nifedipin kullanılabilir (3). Laktasyonda; metil dopa postpartum depresyonu arttırabilir, nifedipin ve propranolol ise süte yüksek oranda geçtiğinden dolayı kullanılmaz (1,3).

Sonuç olarak tıpta geçerli temel ilkelerden birisinin "hastalık yoktur hasta vardır" olduğu

unutmamalı ve ilaç tercihleri ile hedef KB değerlerini hastalara göre kişiselleştirmelidir.

Kaynaklar

1. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. Türk Kardiyol Dern Ars 2019;47(6):535-46.
2. Lefevre M. ACC/AHA Hypertension Guideline: What Is New? What Do We Do? Am Fam Physician. 2018;97(6):372-3.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018;39:3021-104.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/A SH/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. Hypertension 2018;71(6):1269-324.

İletişim:

Uzm.Dr.İzzet Göker Küçük
Kemalöz Aile Sağlığı Merkezi, Uşak, Türkiye
Tel: +90.505.68321284
E-mail: izzetgoker@gmail.com