Bölüm
86

HİPERTANSİYON YÖNETİMİ

Gülşah ŞAŞAK[1]

GİRİŞ:

Hipertansiyon (HT); tüm dünyada mortalite ve morbiditede önemli artışa neden olan bir halk sağlığı sorunudur.

Dünyada HT prevelansı %30-45 arasındadır (1). Türkiye'deki HT prevelansı Patent2 çalışmasında %30,3 saptanmıştır (2). Toplumun yaşlanması, sedanter hayat tarzı ve obezitenin artması ile bu sayının giderek artması öngörülmektedir.

Hipertansiyon; koroner arter hastalığı (KAH), kronik böbrek hastalığı (KBH), inme, demans gibi topluma önemli sosyal ve ekonomik etkileri olan hastalıkların en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür. Bu nedenle doğru tanınması, yeterli ve doğru tedavi edilmesi önemlidir.

Patogenez: HT'si olanların %95'i primer olup %5'i ise renal arter stenozu, hiperaldosteronizm, feokromasitoma, Cushing sendromu, KBH gibi sekonder bir nedenden kaynaklanır. Primer HT'nin patogenezi tam olarak anlaşılamamakla beraber sempatik sinir sistemi aktivasyonu, renin-angiotensin-aldosteron (RAS) aktivasyonu, azalmış basınç natriürezi gibi faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir.

Hipertansiyon tanısı: Kan basıncı ve kardiovasküler (KV) ve renal olaylar arasındaki ilişki süreklilik arz eder. Bir eşik değerine göre normo-, hiper-tansiyon ayırımı yapmak keyfi bir uygulamadır. HT; tedavinin yararının zararından daha fazla olduğu kan basıncı (KB) düzeyi olarak tanımlanır. Klavuzlarda bu değer sistolik KB (SKB) ≥140 mmHg, diastolik KB (DKB) ≥90 mmHg olarak belirlenmiştir (3-5). Hastalarda KB değişkenliği yüksek olduğu için ofis kan basıncı çok yüksek olmadığı veya hipertansiyona bağlı organ hasarı (HBOH) bulguları olmadığı sürece tek bir klinik değerlendirmede HT tanısı konulmamalıdır. İlk değerlendirmede KB 140/90 mmHg ve üzerinde saptanan hastalar mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır. İkinci muayeneye kadar geçen sürede ev veya ambulatuvar KB ölçümleri yapılmalıdır. Tanı koymak için gerekli kinik değerlendirme sayısı ve süresi KB yüksekliğinin şiddetine, KVH ve HT'ye bağlı organ hasarı (HBOH) olup olmamasına göre değişir. Genelikle KB 140-159/90-99 mmHg arası olan hastaların 2-4 hafta, 160-179/100-109 mmHg arasında olanların ise 1-2 hafta içinde tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir. Hastanın ev/ambulatuvar KB ölçümleri yapma imkanı yoksa (hasta uyum göstermiyor, evde ölçüm olanağı yok, ulaşım zorluğu var vb.) istenecek rutin laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarını göstermeye geldiğinde (genellikle 1–2 gün sonra olur) ikinci KB ölçümleri yapılabilir.

40 yaş üzeri erişkinlerde yılda en az 1 kere, 18-39 yaş arasındaki kişilerde eğer HT için risk faktörü var ve/veya daha önceki KB ölçümü 120-139/80-89 mmHg arasında ölçüldü ise yılda bir kere, herhangi bir risk faktörü yoksa en az 3 senede bir KB ölçümü ile HT taraması önerilmektedir (7).

[1] Uzman Doktor, S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji BD, gulsahsasak@gmail.com

Hipertansif öncelikli durum ise acil HBOH olmadan KB'nın 180/110 üstü olduğu durumu ifade eder. Bu hastaların hastaneye yatışı gerekmez. İlaç tedavisinin düzenlenmesi ile KB kontrol altına alınabilir.

Gebelikte Hipertansiyon: Tüm dünyada %5-10 gebede HT bulunur. Maternal, fetal ve neonatal morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir.

Ofis KB'nın ≥140/90 olması gebelerde HT olarak tanımlanır. Eğer 140-149/90-109 arasında ise hafif, ≥160/110 ise şiddetli olarak tanımlanır.

Kronik HT: Gebelikten önce var olan veya gebeliğin 20 haftasında önce ortaya çıkan HT

Gestasyonel HT: Gebeliğin 20 haftasından sonra ortaya çıkan HT. Doğumdan 6 hafta sonra düzelir.

Preeklampsi: Gebeliğin 20. Haftasından sonra ortaya çıkan 300 mg/gün üstünde albuminürinin eşlik ettiği HT'dir. İlk gebelik, çoğul gebelik, mole hidatiform, kronik HT, böbrek hastalığı ve diyabet varlığında sık görülür. Plasental yetmezliğe bağlı fetal gelişme geriliği ve prematürite sık görülür. Preeklampsi riski yüksek kadınların 12-36. gebelik haftaları arasında 100-150 mg aspirin alması önerilir. Preeklampsinin tek tedavisi gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Gebe kadınlarda gestasyonel HT, kronik HT üzerine eklenmiş gestasyonel HT, HBOH varsa, KB>140/90 mmHg üstüne tedavi verilmelidir. Bunun dışında KB≥150/95 olan tüm gebelere tedavi verilmelidir. RAS blokerleri gebelikte kontrendikedir. Metildopa, labetolol, KKBleri gebelikte kullanılabilen antihipertansif ilaçlardır. Diüretiklerden plazma volümünü azaltacağı için kaçınılmalıdır. Gebelerde optimal KB'ye dair fikir birliği olmamakla birlikte 140/90 altında tutulması önerilmektedir.

Gebelikte KB'nın ≥170/110 olması durumunda acilen hastanede tedavi edilmesi gerekir.

Gebelikte gestasyonel HT ve preeklampsi gelişen kadınlarda ilerideki yaşamlarında HT, inme ve iskemik kalp hastalığı gelişme riski yüksektir (40). Bundan dolayı daha sonraki gebeliklerinde preeklampsi riskini ve gelecekte KV riski azaltmak için yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Yılda bir kez KB ölçümü yapılarak metabolik risk faktörleri değerlendirilmelidir.

Gebelik sonrasında ise doğum kontrol yöntemi olarak kombine estrojen-progesteron içermeyen yöntemler tercih edilmelidir (41).

SONUÇ

Hipertansiyon nadiren tek başına bulunur, Genelde dislipidemi, glukoz intoleransı gibi diğer KV risk faktörleri ile birliktedir. Bu nedenle hastalarda HT tedavisi tek başına düşünülmemeli, KV riski azaltmak için başka önlemlerde alınmalıdır. Sigaranın bırakılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra inme ve KAH riskini azaltmak için statin tedavisi başlanmalıdır. KB kontrol edildikten sonrada anti-platelet tedavi başlanılmalıdır.

Hastaların izlemi tedaviye verilen yanıta, eşlik eden hastalıklara göre değişir. KB kontrol altına alındıktan sonra ise 6 ayda bir değerlendirme önerilir.

HT yeterli tedavisi morbidite ve mortaliteyi önemli oranda azaltır. Bu topluma sosyal ve ekonomik maliyetin azalması anlamına gelir. Bu nedenle hastaların ilk basamakta tanınıp tedavi edilmeleri son derece önem arz etmektedir.

Kaynaklar:

1- Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. Am J Hypertens 2000; 13:3S–10S.

2- Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment and control rates in Turkey from 2003 to 2012. J Hypertension. 2016; 34(6):1208-1217.

3- Williams B, Mancia G, Spiering W, et al (2018) 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 39:3021–3104.

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: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2018; 71:2199–2269.

5- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003; 42:1206–1252.

6- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014; 311: 507–20

7- Leung AA, Nerenberg K, Daskalopoulou SS, et al.Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Edu-

cation Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. Can J Cardiol. 2016 May;32 (5):569-588. doi: 10.1016/j.cjca.2016.02.066.

8- Arici M, Birdane A, Güler K, et al. Türk hipertansiyon uzlaşı raporu. Arch Turk Soc Cardiol. 2015; 43(4):402-409.

9- Stergiou GS, Alpert B, Mieke S, et al. A universal standard for the validation of blood pressure measuring devices: Association for the Advancement of Medical Instrumentation/European Society of Hypertension/International Organization for Standardization (AAMI/ESH/ISO) Collaboration Statement. J Hypertens 2018;36: 472–478.

10- Mancia G, Sega R, Bravi C et al: Ambulatory blood pressure normality: results from the PAMELA study. J Hypertens 1995; 12: 1377-1390.

11- Bliziotis IA, Destounis A, Stergiou GS. Home versus ambulatory and office blood pressure in predicting target organ damage in hypertension: a systematic review and meta-analysis. J Hypertens 2012; 30:1289–1299.

12- McManus RJ, Mant J, Bray EP, et al. Telemonitoring and self management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. Lancet 2010; 376:163–172.

13- McManus RJ, Mant J, Haque MS, et al. Effect of self-monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease: the TASMIN-SR randomized clinical trial. JAMA 2014;312: 799–808.

14- Parati G, Stergiou G, O'Brien E, et al.European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. J Hypertens. 2014; 32:1359–1366.

15-Gaborieau V, Delarche N, Gosse P. Ambulatory blood pressure monitoring versus self-measurement of blood pressure at home: correlation with target organ damage. J Hypertens 2008;26: 1919–1927.

16- Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA, et al. Office versus Ambulatory Pressure Study Investigators. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. N Engl J Med 2003;348:2407–2415.

17- Devereux RB, Alderman MH. Role of preclinical cardiovascular disease in the evolution from risk factor exposure to development of morbid events. Circulation. 1993;88:1444–1455.

18- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. . Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016;387: 957–967.

19- Lonn EM, Bosch J, Lopez-Jaramillo P, et al. HOPE-3 Investigators. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. N Engl J Med. 2016;374:2009–2020.

20- Kjeldsen S, Feldman RD, Lisheng L, et al. Updated national and international hypertension guidelines: a review of current recommendations. Drugs 2014;74: 2033–2051.

21- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low income countries. JAMA. 2013; 310(9): 959-968.

22- Türkiye istatistik kurumu verileri. Türkiye Sağlık Araştırması. 2016 (31.8.2019.tarihinde.http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573 adresinden ulaşılmıştır)

23- Williams B, Lindholm LH, Sever P. Systolic pressure is all that matters. Lancet 2008; 371:2219–2221.

24- Aucott L, Rothnie H, McIntyre L, et al. Longterm weight loss from lifestyle intervention benefits blood pressure? A systematic review. Hypertension.2009;54: 756–762.

25- Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001; 344:3–10.

26- He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev 2013;4: CD004937.

27- Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. Hypertension 2009; 54:475–481.

28- Erdem Y, Arici M, Altun B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK Study. Blood Press. 2010; 19(5):313-318.

29- Zhang Z, Cogswell ME, Gillespie C, et al. Association between usual sodium and potassium intake and blood pressure and hypertension among U.S. adults: NHANES 2005-2010. PLoS ONE. 2013;8: e75289.

30- World Health Organization. Guideline: Potassium Intake for Adults and Children. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.

31- Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, et al. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Hypertension. 2011; 58:950–958.

32- Leitzmann MF, Park Y, Blair A, et al. Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. ArchIntern Med 2007; 167:2453–2460.

33- Shin J, Park JB, Kim K, et al. 2013 Korean Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Part II-treatment of hypertension. Can J Cardiol. 2015: 31:549-568.

34- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel yetişkin tütün araştırması 2012.(31.8.2019.tarihinde.https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/maddebagimliligi/kyta_tr.pdf adresinden ulaşılmıştır.)

35- Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, et al. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. J Hypertens 1992; 10:495–499.

36- Groppelli A, Omboni S, Parati G, et al. Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition. J Hypertens 1990; 8 (Suppl 5):S35–40.

37- Cushman WC, Cutler JA, Hanna E, et al. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure. Arch Intern Med 1998; 158:1197–1207.

38- Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. Lancet 1998; 351:1755–1762.

39- Cushman WC, Ford CE, Cutler JA, et al. Success and predictors of blood pressure control in diverse North American settings: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). J Clin Hypertens (Greenwich). 2002;4:393–404.

40- Ray JG, Vermeulen MJ, Schull MJ, et al. Cardiovascular health after maternal placental syndromes (CHAMPS): population-based retrospective cohort study. Lancet 2005;366: 1797–1803.

41- Lubianca JN, Moreira LB, Gus M, et al.. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. J Hum Hypertens 2005;19: 451–455.