

Aile Hekimliği Uygulamasında Hipertansiyon Tanı Süreci ve Yönetim

Hypertension Diagnosis and Management in Family Practice

Yrd. Doç. Dr. Ufuk ERYILMAZ, Yrd. Doç. Dr. Çağdaş AKGÜLLÜ
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilimdalı

Özet

Hipertansiyon, günümüzde sık görülen sinsi bir hastalıktır ve insan hayatını tehdit eden pek çok hastalıkların ana sebebi olarak dikkat çekmektedir. Tıp alanında uluslararası saygınlığa sahip birçok topluluk hipertansiyon üzerine güncel araştırmalar yapmakta ve yeni veriler ışığında periyodik olarak güncel tedavi kılavuzları yayınlamaktadır. Hipertansiyon tedavisi ile ilgilenen hekimlerin hastalık ve tedavisi ile ilişkili özel durumları bilmesi ve hastalık ile ilgili güncel bilgileri takip etmesi önemlidir. Hastanın özelliklerine göre ilaç seçimi yapmak ve tedavi sırasında karşılaşılan özel durumlara göre tedaviyi tekrar düzenleyebilmek önemli bir hekimlik sanatıdır. Toplumun önemli bir kısmını etkileyen bir hastalık olan hipertansiyonun yönetiminde aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Bu yazıda, hipertansiyon tedavisi ile ilgilenen tüm hekimlerin bilmesi gereken en son güncel bilgiler, önemli son kılavuzlar ışığında derlenmiştir.

Summary

Today, hypertension is a frequently seen insidious disease. It attracts attention as a main reason of too many life threatening diseases. In the area of medicine, many honourable international communities are still studying on actual researches about hypertension and in the light of these data they publish periodic current treatment guidelines. It is important to follow current information and be aware of special conditions among the disease and the treatment for the doctors those managing hypertension. It is a significant art of medicine to select the medicine for the characteristics of the patient and to rearrange it for some special conditions while follow up. Family physicians have a great responsibility in the management of hypertension which effects significant number of people in the community. In this article, latest actual information about hypertension, which is a necessity for the doctors those managing hypertension, is gathered together in the light of current guidelines.

Tanım ve epidemiyoloji

Klinik pratikte hipertansiyon (HT) kavramı daha çok sistemik arterlerdeki kan basıncı yüksekliği ile ilişkilidir. Tansiyon, damar yatağı içinde dolaşan kanın damar duvarında yarattığı basınçtır. Avrupa Hipertansiyon Topluluğu (ESH)/Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (ESC) ve Joint National Committee (JNC) 7 kılavuzunda 140/90 mmHg ve üstü kan basıncına sahip hastalar hipertansif olarak kabul edilmektedir.^{1,2} Amerikan toplumunda 60 milyon, dünya üzerinde 1 milyar insanı etkileyen ve 2025 yılı için 1,5 milyara ulaşacağı varsayılan hipertansiyonun kardiyovasküler nedenli ölümlerde üst sınırlarda yer alacağı kuşkusuzdur.³ Hipertansiyonu bulunan hastaların toplumdaki yaygınlığı göz önüne alındığında hipertansiyon tedavisinin toplum sağlığı üzerine olumlu anlamda ciddi katkıları mevcuttur. Hipertansiyon Amerika Birleşik Devletlerinde en sık konulan primer tanı olup toplumları tehdit eden çok ciddi bir sağlık problemi oluşturmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde devam eden araştırmaların ışığında yeni yaklaşımlar ve yeni hedef değerler kaçınılmaz olmakla birlikte günümüz JNC 7 hipertansiyon kılavu-

zunda hedef organ hasarı olmayan gruplarda 140/90 mmHg'nın altı "hedef değer" olarak seçilmiştir. JNC 7 raporunda da vurgulandığı üzere kan basıncı ile kardiyovasküler hastalıklar (KVH) arasında sürekli, sabit ve diğer risk faktörlerinden bağımsız şekilde ilişki söz konusudur. Sistolik ve/veya diyastolik kan basıncı arttıkça miyokard infarktüsü (Mİ), inme ve böbrek hastalıkları riski de benzer oranda artmaktadır.^{2,4} HT sistemik ateroskleroz, konjestif kalp yetersizliği (KKY), koroner arter hastalığı (KAH), miyokard infarktüsü (Mİ), "stroke" (inme), retinopati, nefropati yapması nedeniyle çok önemlidir. Gerçekte kan basıncı normal ve anormal değerler arasında kesin bir sınır yoktur. Bilimsel çalışmalarda mortalite ve kan basıncı yüksekliği arasında nicel bir ilişki tespit edilmiş olup kan basıncı yükseldikçe prognozun kötüleşmesi söz konusudur.

Kan basıncı sınıflaması JNC 7 ve ESC 2007 kılavuzlarına göre farklılık göstermektedir. Buradaki en çarpıcı farkı, JNC 7 kılavuzunda tanımlanmış olan "prehipertansif" hasta grubu oluşturmaktadır. Yine aynı kılavuzda bu hasta grubu hipertansiyona aday olarak kabul edilmişlerdir.

Tablo 1. JNC 7 Kılavuzuna Göre Kan Basıncı Sınıflaması

KB Sınıfı	Sistolik KB (mmHg)	Diyastolik KB (mmHg)	İlaç Gereği ek endikasyon* yoksa	İlaç Gereği ek endikasyon* varsa
Normal	<120	ve <80	YOK	-
Pre-HT	120-139	ya da 80-89	YOK	VAR
Evre 1 HT	140-159	ya da 90-99	VAR	VAR
Evre 2 HT	>160	ya da >100	VAR	VAR

HT: Hipertansiyon, *(Diabetes Mellitus, Kronik Böbrek Hastalığı).

Tablo 2. ESC 2007 Kılavuzuna Göre Kan Basıncı (Kb) Sınıflaması

Kategori	Sistolik KB (mmHg)	Diyastolik KB (mmHg)
Optimal	<120	ve <80
Normal	120-129	ve/veya 80-84
Normal-Yüksek	130-139	ve/veya 85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya 90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya 100-109
Evre 3 HT	≥180	ve/veya ≥110
İzole Sistolik HT	≥140	ve <90

HT: Hipertansiyon

Hipertansiyon etiyojisi

HT primer (esansiyel–nedeni belirsiz) ve sekonder (tanımlanabilir herhangi bir nedene bağlı) şeklinde de ayrılabilir. Primer hipertansiyona sahip hastalarda nikotin, kafein, aşırı alkol ve tuz tüketimi geçici kan basıncı yüksekliğine neden olur. Ayrıca günlük diyetinde sebze, meyve tüketiminin düşük olması, sedanter yaşam tarzı ve obezite de hipertansiyona katkı yapar. Bir çalışmada kafein tüketiminin kadınlarda kalıcı HT gelişme riskini arttırmadığı saptanmıştır.⁵ Bunun aksine yüksek kan basıncı gelişme riski tuz tüketimi miktarı ile doğrudan ilişkilidir.⁶

Davranışsal özelliklerin yanı sıra genetik faktörlerin de primer HT patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. HT sıklığının kimi aile gruplarında yoğun gözlenmesi, monozigot ikizler arasında dizigotiklere göre daha sık saptanması ve bazı ırklarda daha sıklıkla seyretmesi genetik katkıya örnek teşkil etmektedir. Sekonder HT şüphesi daha çok 30 yaş öncesi ve 60 yaş sonrası ortaya çıkan, tedaviye dirençli kan basıncı yüksekliklerinde akla gelmelidir. Bu şüpheyi taşıyan hastalarda renovasküler (renal arter stenozu, renal parankim hastalığı), endokrinolojik (feokromasitoma, hipertiroidi, primer hiperaldosteronizm, cushing), kardiyovasküler (aort koarktasyonu) patolojilere yönelik araştırmalar yapılmalı, ilaç kullanımı ve alışkanlıklar sorgulanmalıdır.

Hipertansiyon hastasına yaklaşım ve tansiyon ölçümü

Günlük pratikte HT hastasına yaklaşımda en temel nokta kan basıncı yüksekliğinin tespit edilmesi, farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümlerle bu durumun doğrulanması ve sonrasında HT'nin hangi aşamada olduğunun belgelenmesidir. Rutin hayatta dışarıda kan basıncı normal olup da poliklinik ya da muayenehanede yüksek saptanan ve bu nedenle “beyaz önlük fenomeni” olarak adlandırılan kişiler ile sık karşılaşılmaktadır. Böyle bir durumun önüne geçebilmek için kan basıncı ölçülecek hastalarda kimi noktalara dikkat etmek önemlidir. Bunlar arasında hastaların sakin bir ortamda en az 5 dakika dinlendirilmeleri, son 1 saat içinde özellikle kafein içeren içeceklerden uzak durmuş olmaları, uygun manşon seçilmesi ve yerleş-

tirilmesi, ölçüm sırasında manşonun tahmin edilen sistolik kan basıncının 20 mmHg üstüne şişirilmesi, uygun hızda (saniyede 2 mmHg) indirilmesi ve mümkün ise ölçümlerin her iki koldan alınması yer alır. Ayrıca beyaz önlük fenomeni taşıyan ve/veya standart kan basıncı ölçümleri ile semptomları örtüşmeyen hastalar için ambulatuvar kan basıncı (Tansiyon Holter) takibi de yapılabilir.

Hipertansiyon hastalarında laboratuvar incelemeleri

HT hastaları ile ilgili bu temel yaklaşımın ardından en önemli nokta, mevcut kan basıncı yüksekliğinin organlarda hasar oluşturup oluşturmadığının saptanmasıdır. Hedef organ hasarı açısından kardiyovasküler, serebrovasküler, periferik arter hastalığı bulguları aranmalı retinopati, nefropati ve nöropati açısından ilgili konsültasyonlar yapılmalıdır. Böyle hastalarda kardiyovasküler risk HT evrelerine paralel artış gösterdiği gibi ayrıca hedef organ hasarı ve eşlik eden kardiyovasküler risk faktörlerine bağlı olarak da artmaktadır.⁴ 2007 ESH-ESC hipertansiyon tedavi kılavuzunda elektrokardiyografide (EKG) sol ventrikül hipertrofisi (LVH) voltaj kriterlerinin bulunması, ekokardiyografide LVH varlığı, karotis duvarında kalınlaşma, ayak bileği/brakiyal kan basıncı indeksinin 0,9'un altında olması, serum kreatinin düzeyinde hafif artış (E 1,3-1,5mg/dl K 1,2-1,4mg/dl), düşük kreatinin klerensi (<60ml/dk) ve mikroalbuminüri (30-300mg/24 saat) mevcudiyeti subklinik organ hasarının belirteçleri olarak kabul edilmişlerdir.

Poliklinikte HT şüphesi ile başvuran hastada başlangıç testleri olarak açlık kan şekeri düzeyi, lipid profili, serum potasyum, ürik asit ve kreatinin düzeyleri, hemogram, tam idrar tahlili ve EKG istenmesi uygundur. Daha sonrasında hastanın anamnezi ve fizik bakı sonucuna göre ekokardiyografi, karotis ultrasonu, kantitatif proteinüri, funduskopi, glukoz tolerans testi, ayak bileği/brakiyal kan basıncı indeksi bakılabilir. Hedef organ hasarına yönelik ileri araştırma, komplike HT olguları ve sekonder HT şüphesi taşıyan olgular uzman ağırlıklı merkezlere referans edilebilir.

Hipertansiyon tedavisi

Günlük pratikte ister aile hekimliği uygulamasında olsun, isterse ilgili ikinci ve üçüncü basamak polikliniklerinde olsun başvuran hastaların önemli bir kısmı hipertansif olmasına rağmen antihipertansif tedavide hedef değere ulaşan hasta sayısı sınırlı kalmaktadır. Bu bağlamda yetersiz kalan tedavinin hem hastalarla hem de hastalardan bağımsız şekilde sebepleri söz konusudur. Hastalığın doğasının yavaş seyirli ve çoğu kez semptomsuz olması yanında hipertansiyonun yaşamın ilerleyen zamanlarında ortaya çıkması, sürekli ilaç kullanmayı gerektirmesi, maddi anlamda ilaçlara ulaşmadaki kısıtlılık, ilaçlara bağlı yan etkiler, sedanter yaşam, toplumdaki önyargılar hedef değere ulaşmada yetersizliğin başlıca sebepleridir.

Hipertansiyon tedavisi farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi olarak başlıca iki grupta değerlendirilebilir. Farmakolojik olmayan kısımda tuz tüketiminin azaltılması, aktif yaşam alışkanlığının edinilmesi, kilo kontrolü, sigaranın bırakılması, alkol tüketiminin makul seviyelere çekilmesi, sebze ve meyve ağırlıklı beslenme ile birlikte diyetle doymuş yağ oranının azaltılması temel bir rol oynamaktadır.

Farmakolojik tedavide antihipertansif ilaç grubunda başlıca 6 ilaç sınıfı yer alır. Bunlar diüretikler, beta blokerler, alfa blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADE İnhibitörleri) ve anjiyotensin reseptör antagonistleridir (ARB). Başlangıç tedavisi açısından bakıldığında geçmişte ilaç seçimi ilaçların etkinliği ve yan etki profiline göre şekillenmiş, karşılaştırmalı çalışmalarda ilaçlar arasında etkinlik farkı olduğu saptanmış ancak günümüzde geniş ölçekli çalışmalarda tüm ilaç sınıflarının birbirine yakın etkinlikte olduğu gözlenmiştir.⁷ Yine de bazı ilaç sınıflarının hem kalp ve böb-

reklerin korunması, hem de endotel hasarının geciktirilmesi üzerinde, kan basıncını düşürücü etkilerinden bağımsız olarak ek faydalar gösterdikleri gösterilmiştir. Güncel kılavuzlarda önerilen ilaç grupları sıklıkla hipertansif hastaların sahip oldukları eş zamanlı diğer hastalıklar göz önünde tutularak belirlenmektedir.⁸ Örneğin hipertansiyona ek olarak kalp yetersizliği mevcut olgularda diüretikler, koroner arter hastalığında beta blokerler, benign prostat hipertrofisi olan olgularda alfa blokerler, ileri yaş grubunda kalsiyum kanal blokerleri, kalp yetersizliği, sol ventrikül disfonksiyonu ve diyabetik olgularda ADE İnhibitörleri veya ARB'ler öncelik kazanmaktadır. Diğer tarafta gut varlığı diüretik tedavisi için kontrendike iken, kalpte ileti bloku ve astım beta blokerler için, gebelik, hiperkalemi ve bilateral renal arter stenozu ADE İnhibitörleri ve ARB'ler için, yine kalp bloku varlığı non dihidropin grubu kalsiyum kanal blokerleri için kontrendikasyon oluşturur.

Randomize kontrollü çalışmalarda tekli tedavi alan hastaların önemli bir kısmında hedef değere ulaşamaması kombinasyon tedavisini gündeme getirmiştir. ASCOT çalışmasında yüksek riskli hipertansif hastaların hedef değere ulaşması için her on hastadan dokuzuna kombinasyon tedavisi verilmesi söz konusu olmuştur.⁹ Daha önceleri kombinasyon tedavisi monoterapi ile tedavi edilen ve hedef kan basıncı değerine ulaşılmakta yetersiz kaldığı durumlarda alternatif bir tedavi olarak kullanılır iken, günümüzde başlangıç tedavisi olarak planlanabilmektedir. ESH-ESC 2007 kılavuzunda kardiyovasküler riski artmış, kan basıncı değerleri yüksek (normalin üst sınırını sistolik >20mmHg, diyastolik >10mmHg aşarlarda), subklinik organ hasarı bulunan, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği bulunan hastalarda kombinasyon tedavisi

Tablo 3. Yaşam tarzı değişikliklerinin kan basıncına etkisi

Değişiklik	Öneriler	Tahmini SKB Azalması
Kilo vermek	Normal vücut kitle indeksinin sağlanması	5-20 mmHg/10 kilo kaybı
Na kısıtlaması	2.4 g Na veya 6 gNaCl/gün	2-8 mmHg
Fiziksel aktivite	Haftanın birçok günü en az 30 dk. yürüyüş	4-9 mmHg
Alkol tüketiminin azaltılması	Erkeklerde günde 2, kadınlarda 1 duble ile sınırlanması	2-4 mmHg
DASH diyeti	Meyve ve sebzeden zengin, doymuş ve total yağ yağ oranı düşük	8-14 mmHg

başlangıç tedavisi olarak önerilmektedir. Yine bu kılavuzda önerilen ilaç kombinasyonları, Renin-Anjiyotensin Sistemi (RAS) blokajı yapan ilaçların öncelikli olarak tiyazid veya kalsiyum kanal blokerleri ile birlikte kullanımı şeklindedir. Günlük pratikte RAS blokajı yapan ilaçların tiyazid gurubu ilaçlar ile kombinasyonu sıklıkla başvurulmuş bir uygulama olmasına rağmen, yakın zamanda açıklanan ACCOMPLISH çalışmasının sonuçlarına göre ADE inhibitörlerinin (benazepril), kalsiyum kanal blokerleri ile (amlodipin) kombinasyonu, tiyazid kombinasyonuna göre primer sonlanım noktalarında %20 azalma sağlamış, her iki ilaç kombinasyonu yan etki profili açısından farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.¹⁰ Kombinasyon tedavisi içinde merak edilen bir konu da ADE inhibitörleri ile ARB gruplarının birlikte kullanımı olmuştur. Sonuçları 2008 yılında açıklanan ONTARGET çalışmasında, her iki ilacın kombine kullanımı kan basıncı düşüşünü bir miktar daha arttırsa da birincil sonlanım noktaları açısından fark oluşturmadığı saptanmıştır;

ayrıca ADE inhibitörü ve ARB beraber alan grupta hiperkalemi ve renal fonksiyon bozukluğu daha sık oranda gözlenmiştir.¹¹

Hipertansiyonun tedavisinde hastaların uyumu anahtar rol oynamaktadır. Hasta uyumunu arttırmak adına biz hekimlerin birtakım noktalara özellikle dikkat etmeleri önemlidir. Bu noktalar arasında hastayı hastalığı ile ilgili eğitmek, doğabilecek komplikasyonlarla ilgili hastayı bilinçlendirmek, hastanın ilacını düzenli şekilde aldığından emin olmak, hasta ile teması sürdürmek, sağlık birimine kolay ulaşmasını sağlamak, ofis dışındaki kan basıncı düzeyinden haberdar olmak, düşük doz ilaç tedavisi ile başlayarak ileri haftalarda dozu titre edecek şekilde bir tedavi şeması oluşturmak, mümkün olan en az ilaç sayısı ile hedeflenen kan basıncını elde etmek, uygun kombinasyon tedavisini seçmek, yan etkiler ile ilgili uyanık olmak ve belki de en önemlisi hastayı aldığı tedavinin yararlılığı ile ilgili ikna etmek şeklinde belirtilebilir.

Kaynaklar

1. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2007;28:1462-1536.
2. 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; 289:2560-2572.
3. Guilbert JJ. The world health report 2002-reducing risks, promoting healthy life. Educ Health (Abingdon). 2003;16:230.
4. Nesbitt SD, Julius S, Leonard D, Egan BM, Grozinski M. Is low-risk hypertension fact or fiction? cardiovascular risk profile in the TROPHY study. Am J Hypertens 2005;18:980-985.
5. Winkelmayr WC, Stampfer MJ, Willett WC, Curhan GC. Habitual caffeine intake and the risk of hypertension in women. JAMA 2005;294:2330-2335.
6. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group. BMJ 1988;297:319-328.
7. Brown MJ. Hypertension and ethnic group. BMJ 2006;332:833-836.
8. Williams B, Poulter NR, Brown MJ et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. J Hum Hypertens 2004;18:139-185.
9. Dahlof B, Sever PS, Poulter NR et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multi-centre randomised controlled trial. Lancet 2005;366:895-906.
10. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med 2008;359:2417-2428.
11. Yusuf S, Teo KK, Pogue J et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N Engl J Med 2008;358:1547-1559.