

Hipertansiyon Tedavisi

Değerli Meslektaşlarım;

Hipertansiyon (HT) ülkemizde ve Dünya’da ensık karşılaştığımız sağlık sorunu olup 35 yaşından sonra nüfusun üçte birinde, 50 yaşından sonra yarısında karşımıza çıkmaktadır. HT konusunda Dünya’da Uluslararası bir çok dernek kılavuz yayınlamakta, bu kılavuzlarda tanı, tedavi ve hedef değerlere yönelik farklılıklar olmaktadır. Hatta aynı derneğin birbirini takip eden kılavuzlarında bile aklımızı karıştıran öneriler bulunabilmektedir. Bu durum göz önüne alınarak, ülkemizde HT ile ilgilenen 5 önemli dernek (Türk Kardiyoloji Derneği, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Türk Nefroloji Derneği, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği)hekimlerimizin bu konudaki işlerini kolaylaştırmak ve birliktelik için “**Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu**” yayınladılar. Bu rapor bu derneklerin web sayfalarında slaytlar halinde bulunmaktadır. Buna göre HT tanımı, evrelemesi, ne zaman ilaca başlanması gerektiği, tedavide çeşitli gruplara göre eşik ve hedef değerler, hangi hipertansif ilaçlarla tedaviyi yapmamız gerektiği ve kombinasyon tedavilerinde, hangi kombinasyonları yapabileceğimiz anlaşılır biçimde özetlenmiştir. Bu rapor güvenilir bir kaynak olarak devamlı başvurmamız gereken bir kaynaktır.

Hipertansiyon tedavisinde bilmemiz gereken en önemli şey hastanın kan basıncını 2mm/Hg bile düşürdüğümüzde, İskemik Kalp hastalığından ölümü %7, inme’den ölümü %10 oranında azalttığımızdır. İstisnasız her hipertansiyon hastasına yapmamız gereken yaşam tarzı değişikliklerini önerip (tuzdan ve kaloriden kısıtlı diyet, yürüyüş, sigaranın bırakılması kilo fazlası olanların kilo vermesi, sedanter yaşamdan uzaklaşmak gibi) bu değişikliklerle birlikte kan basıncı hedef değerlere ulaşmıyorsa 5 grup antihipertansiften birini hastanın özelliklerini göz önüne alarak başlamak. (Angiotensin Reseptör Blokerleri (ARB) , Kalsiyum antagonistleri (KA), Angiotensin enzim inhibitörleri (ACEİ), Diüretik ve Beta Blokerler BB). Ancak hasta ciddi hipertansiyon hastası ise (Evre2 ve üzeri) veya kardiyovasküler (KV) riskleri fazla ise evre1 hipertansiyon dahi olsa yaşam tarzı değişiklikleri ile eş zamanlı ilaç tedavisini de başlamak.

Tek ilaç tedavisi ile hedef değerlere ulaşamıyorsa bu hastalarda uygun kombinasyonlar yapılmalı. Yapılabilecek uygun kombinasyonlar yine uzlaşi kılavuzunda gösterilmiştir. Ancak bu kombinasyonların belli hasta gruplarında birbirine üstünlükleri varmı? Birkaç hasta üzerinde literatür ışığında araştırılım.

Vaka 1

80 yaşında erkek hasta baş dönmesi ile müracaat etti. KB:170/80 mm/hg laboratuar bulguları hiperkolesterolemi dışında normal. Hangi ilacı başlatalım, hedef değerimiz ne olsun? Yaşlılarda Beta blokerleri hipertansiyon amaçlı tercih etmemeliyiz. Kalp yetmezliği varsa bu amaçla kullanılabilir. Çünkü bunlarda sempatik aktivite zaten azalmıştır. Yaşlılarda özellikle

izole sistolik hipertansiyon olduğunda en etkili ilaç grupları kalsiyum antagonistleri (KA) ve diüretiklerdir. Kombinasyon gerektiğinde ise bunlardan biri ile ACEİ veya ARB kombine edilebilir.

Bu hastalar erkek ise çoğunlukla Bening Prostat hipertansif (BPH) olduğu için alfa bloker ilaçlar, BPH için de semptomatik iyileşme sağlandığından doktorlar tarafından tercih edilmektedir. Ancak alfa bloker ilaçlar tek başına kullanıldığında kardiyak mortaliteyi arttırdıkları ALLHAT çalışmasında gösterilmiştir. Bu sebeple bu grup antihipertansifler ilk ilaç olmamalı ancak dirençli hipertansiyonda kombinasyonda kullanılmalı.

Yaşlılarda KB hedefi 140-150mm/Hg olmalı.

VAKA2

59 yaşında koroner stent öyküsü olan hasta 5 mg. ramipril (ACEİ) ve 50 mg. metoprolol (Betabloker) kullanıyor. Buna rağmen KB:165/100 mm/Hg düzeyinde seyrediyor. Antilipidemik tedavi alan hastanın laboratuvar sonuçları normal. Tedaviyi nasıl planlıyorsunuz?

Hasta ACEİ+BB alıyor aslında bu iki ilaç benzer antihipertansif etkileri oldukları için farklı etkili KA veya Diüretik grubunda bir ilaç ilave etmek mantıklı olur. ASCOT-BPLA çalışmasında KA+ACEİ kombinasyonu, BB+Diüretik kombinasyonu ile karşılaştırıldığında mortaliteye yansıyacak düzeyde KA+ACEİ kolunun olumlu etkileri gözlenmiştir. BB+Diüretik koluna göre mortaliteyi %30 azaltmıştır. Bir başka çalışmada yüksek KV riskli hastalarda KA+ACEİ kombinasyonu ile ACEİ+Diüretik kombinasyonu karşılaştırılmıştır (ACCOMPLISH çalışması). Bu çalışmada ACEİ+KA kolunun ACEİ+diüretikli kola göre mortaliteyi %20 daha azalttığı (benzer KB sonuçlar elde edilmesine rağmen) görülmüştür.

Bu tip vakalarda bu çalışmaların ışığında KA ilavesi mantıklı olur. Ancak hedef değerlere varılamazsa ve volüm fazlalığı da düşünülüyorsa diüretik te ilave edilebilir.

VAKA 3

45 Yaşında bayan 15 yıllık diabetüs melitüs ve hipertansiyon hastası. Oral antidiabetik kullanan hasta, 80 mg. valsartan almasına rağmen KB:155/100 mm/Hg düzeyinde. Laboratuvarın değerlerinde kreatinin:0,7mg/dl, idrar tetkikinde 1gr/gün proteinürisi mevcut. Tedavi yaklaşımınız nedir? Bu hastalarda hedefe ulaşılamamış bir KB söz konusu. Hedef değerlere ulaşmak için ACEİ veya ARB ilaçları yüksek doza çıkılabilir. Bu ilaçların yüksek dozunda proteinüri azalabilir, ve renal koruma sağlanabilir. Ancak tek ilaçla hedef değerlere varılamazsa ACEİ veya ARB'den biri Diüretik veya KA ile kombine edilebilir. Diüretik ile kombinasyon Dihidropiridin grubu KA ile kombinasyona göre proteinüriyi daha çok azaltır. Bu GUARD çalışmasında gösterilmiştir. Ancak KA ile kombinasyonda da GFR, diüretikli kombinasyona göre daha iyi korunmuştur. Hem GFR'i korumak, hemde proteinüri üzerine olumlu etkileri nedeniyle böyle bir hastada nondihidropiridin grubu KA ile kombinasyon da doğru seçenek olur.

VAKA 4

40 yaşında erkek hasta kilolu BMI 31, göbek çevresi 104 cm. TA:160/100 mm/Hg, NDS:92 Laboratuvar değerleri: Açlık kan şekeri:105mg/dl, kreatinin: 0,8 mg/dl, T.Kolestrol:267, LDL:150,Trigliserid:300mg/dl. Vaka obezitesi , göbek çevresi, hiperlipidemi ve hipertansiyonu ile bir metabolik sendrom vakası, yani insülin direnci olan bir hasta. İlk basamakta bu hastaya diabet gelişimini hızlandıran (Beta bloker ve diüretik gibi) ilaçlar seçilmemeli. Diabetin gelişimini önleyen ACEİ veya ARB grubu ilaç seçilmeli. Eğer hedef değerlere düşmezse kombinasyon yapılmalı Hastanın nabız sayısı yüksek olduğu için nabız sayısını düşüren aynı zaman da da diabet için nötr etkili nondihidropiridin grubu KA (verapami,diltiazem gibi) ilavesi uygun olur.

VAKA 5

66 Yaşında erkek hasta 1 ay önce akut inme geçirmiş. TA:150/100mm/Hg olan hasta antihipertansif ilaç kullanmıyor. KB hedef değeri nedir ve hangi ilaçlarla tedavi edilmeli? Kronik dönemdeki inme hastalarının da KB hedefi< 140/90mm/Hg olmalı. Bu hastalarda indapamid ile (PATS çalışması) perindopril ile (Progress çalışması) valsartan ile (jkie-Heart çalışması) yeni inme riskinin azaltıldığı gösterilmiştir. KA ile de ACEI, ARB ve diüretikler benzer düzeyde inme riski azaltılmıştır. Bu grup hastalarda antihipertansif amaçlı kullanılması gereken ilaç grubu Beta blokerlerdir.

Prof.Dr.Mustafa GÜLLÜLÜ
Nefroloji Bilim Dalı
Öğretim Üyesi