.

Dirençli Hipertansiyon

Dr. Hüseyin Altuğ Çakmak

Dr. Hüseyin Altuğ Çakmak

Tanımı, Önemi ve Prognozu

Dirençli hipertansiyon (DHT) biri diüretik olmak üzere değişik ilaç gruplarından en az 3 antihipertansif ilacın optimum dozlarda kullanılmasına rağmen sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin hedefin üzerinde olmasıdır. Nadir vakada maksimum dozlarda 4 veya daha fazla ilaçla uygulanan medikal tedaviye rağmen kan basıncı regüle olmayabilir. Bu durumda refrakter hipertansiyon durumu ortaya çıkar.

Dirençli hipertansiyonun insidansı ve prevalansı net olarak bilinmemektedir. Ayrıca hastalığın en sık nedeni tedaviye uyumsuzluk veya yetersiz tedavidir. Gözlemsel yapılan birçok çalışmalarda elde edilen veriler DHT prevalansının yaklaşık %5-30 olduğunu göstermektedir.

Dirençli HT prognozu, diyabet, obezite ve kronik böbrek hastalığı gibi çok sayıda kardiyovasküler risk faktörlerinden dolayı kötüdür. Ayrıca bu hastalık hedef organ hasarı olarak kalpte yetmezlik, koroner arter hastalığı ve aritmiye; beyinde kısmi veya tam felçlere veya akut böbrek yetmezliği veya akut periferik arter tıkanmalarına neden olabilmekltedir.

Etiyolojisi

En sık görülen DHT risk faktörleri şunlardır:

- İleri yaş
- Kadın cinsiyet, zenci ırk
- Diyabetes mellitus
- Kronik böbrek yetmezliği
- Aşırı tuz kullanımı
- Kalpte sol ventrikül hipertrofisi
- Bazalde yüksek kan basıncı varlığı
- Obezite
- Kalıtsal faktörler (Epitel sodyum kanalının β ve γ subüniteleri ve 11β-hidroksisteroid dehidrogenaz tip 2 enzimini kodlayan genlerdeki mutasyonlar)
- İlaçlar (Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, dekonjestan gibi sempatomimetik ajanlar, diyet ilaçları, amfetamin ve metilfenidat gibi stimulanlar, oral kontraseptifler, anabolik steroidler, siklosporin, eritropoetin vs.)
- Aşırı alkol tüketimi
- Sekonder hipertansiyon nedenleri (Renal arter stenozu, Primer aldosteronizm, Kronik böbrek yetmezliği ve Obstrüktif uyku apnesi, Feokromositoma, Cushing hastalığı, Aort koarktasyonu ve Hiperparatiroidi)

Diabetes mellitus durumunda DHT gelişme mekanizmaları artmış sodyum tutulumu, insülin direnci, artmış sempatik sinir sistem aktivitesi ve vasküler yapıların hipertrofiye uğramasıdır. Obezite ise artmış renin-anjiyotensin-aldosteron ve sempatik sistem aktivitesi, azalmış sodyum atılımı ve inflamasyon mekanizmalarıyla DHT'yi tetiklemektedir.

Tanısı

Dirençli HT tanısında ilk yapılacak şey geri dönüşlü ve organik nedenlerin dışlanması ve yalancı dirençlilik durumu olmadığından emin olunmasıdır. Yalancı direnç antihipertansif direncin başka faktörlere bağlanabildiği durumlardır.

En sık yalancı direnç sebepleri şunlardır;

- Antihipertansif tedavi uyumsuzluğu
- Yaşam tarzı değişikliklerine ve diyete uyumsuzluk
- Kan basıncının yanlış ölçülmesi
- Yaşlı hastalarda komprese olmayan kalsifiye aterosklerotik arterler ('Pseudohipertansiyon')
- Yetersiz antihipertansif tedavi
- Beyaz önlük hipertansiyonu

Öncelikle kan basıncı uygun yer, zaman ve metodla ölçülmelidir. Beyaz önlük ve maskeli hipertansiyon tanıları ambulatuvar kan basıncı metodlarıyla dışlanmalıdır. Bunun yanında sekonder hipertansiyon yapan nedenlere ait şikayet, belirti ve bulgular dikkatle incelenmelidir. Ayrıca bu hastalarda DHT'ye neden olabilecek eş zamanlı ilaç kullanımı da araştırılmalıdır. Tanı konulan hastalarda ise yapılacak en doğru şey kalp, böbrek, göz ve beyin başta olmak üzere hedef organ hasarlarının saptanmasıdır.

Dirençli hipertansiyon hastalarında serum üre, kreatinin ve elektrolitler, plazma glukoz, renin ve aldosteron düzeyleri, plazma ve idrar metanefrin veya normetanefrin düzeyleri bakılmalı; glomerüler filtrasyon oranı hesaplanmalı, spot idrarda mikroalbuminuri veya makroalbuminuri varlığı mutlaka araştırılmalıdır. Ayrıca, 24 saatlik idrarda sodyum atılım düzeyi bakılması hastanın diyetle aldığı tuz hakkında bilgi verir. Bunun yanında DHT hastalarında etiyoloji saptanmasında 24 saatlik idrarda kreatinin klerensi hesaplanması, aldosteron ve metanefrin düzeyleri ve proteinüri araştırılması önemlidir. Hiperaldosteronizm açısından serum potasyumu normal olsa bile, DHT hastalarında, plazma aldosteron/renin oranı araştırılmalıdır.

Dirençli hipertansiyon hastalarında etiyolojiye yönelik görüntüleme metodları olarak renal arter stenozu, serebrovasküler veya periferik arter hastalığı varlığı için doppler ultrasonografi, tomografik anjiyografi ve magnetik rezonans (MR) anjiyografi; koroner arter hastalığı için bilgisayarlı tomografik anjiografi veya konvansiyonel anjiyografi kullanılabilir.

Özetle, DHT varlığından şüphe duyulduğunda ilk yapılacak şey tanının yalancı dirençlilik durumları dışlanarak kesinleştirilmesidir. Ayrıca, direnç durumunu yaratan altta yatan nedenler saptanmalı ve uygun şekilde ortadan kaldırılmalıdır. Aynı şekilde DHT'ye neden olabilecek veya tetikleyebilecek yaşam tarzı faktörleri (sigara, alkol, beslenme, obezite, aşırı tuz, sedanter yaşam) gözden geçirilip düzeltilmelidir. Bunun yanında DHT etiyolojisinde önemli yere sahip olan sekonder nedenlerin araştırılıp uygun şekilde tedavi edilmesi kan basıncı regülasyonu açısından çok önemlidir.

Kaynaklar

1. Cuspidi C, Tadic M, Grassi G, Mancia G. Treatment of hypertension: The ESH/ESC guidelines recommendations. Pharmacol Res. 2018 Feb;128:315-321. doi: 10.1016/j.phrs.2017.10.003.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, et al.. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management Of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension.J Hypertens. 2018; 36:1953–2041.
3. Oliveras A, de la Sierra A. Resistant hypertension: patient characteristics, risk factors, co-morbidities and outcomes. J Hum Hypertens. 2014 Apr;28(4):213-7. doi: 10.1038/jhh.2013.77.
4. Lamirault G, Artifoni M, Daniel M, Barber-Chamoux N, Nantes University Hospital Working Group On Hypertension. Resistant Hypertension: Novel Insights. Curr Hypertens Rev. 2020;16(1):61-72. doi: 10.2174/1573402115666191011111402.
5. Oliveras A, Sierra Ade L. New developments in the diagnosis and management of resistant hypertension. Curr Med Chem. 2012;19(8):1210-8. doi: 10.2174/092986712799320592. PMID: 22257056.
6. Türk Kardiyoloji Derneği, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Hipertansiyon Bülteni, Yıl:2, Sayı:3, Ekim 2015.