

Avrupa Hipertansiyon Derneği 2023 Kılavuzuna Genel Bakış

Dr. M. Akif Düzenli

Avrupa Hipertansiyon Derneği 2023 Kılavuzuna Genel Bakış

Dr. M. Akif Düzenli

Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension - ESH) 2023 kılavuzu, Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology - ESC) ile ortak hazırladıkları bir önceki 2018 kılavuzu ile büyük oranda benzerlik içermektedir. Kılavuz 22 bölümden oluşmaktadır. Bazı konular önceki kılavuza göre oldukça geniş hazırlanmış ve yeni bölümler eklenmiştir. Kan basıncı ölçümü, sınıflandırma, yaşam tarzı müdahaleleri, antihipertansif ilaç tedavisinin kurumu ve seçimi, tek hap kombinasyonlarının kullanımı ve yetersiz kontrole sahip yetişkinlerde doz artışına ilişkin öneriler, büyük değişikliklerden ziyade ilave tavsiyeleri kapsamaktadır.

Kılavuzda Göze Batan Önemli Değişiklikler ve Yenilikler:

- Öneriler ve kanıtlar için;** ESH 2023 kılavuzu, 2018 ESC/ESH kılavuzuyla aynı terminolojiyi kullanmaktadır. Ancak yeni kılavuz, sınıf II tansiyenin iki alt sınıfa (IIa ve IIb) bölünmesinin çok az değer kattığı gerekçesi ve basitleştirmek amacıyla artık bu sınıflamadan vazgeçmiştir. Ayrıca kanıt düzeyinin derecelendirilmesine yönelik güncellenmiş yeni kriterler içermektedir. Kan basıncının azaltılması, klinik olaylardaki azalmayla güçlü bir şekilde ilişkili olmasına rağmen, kan basıncını etkileyen müdahaleler diğer fizyolojik sistemler üzerinde de faydalı veya zararlı etkileri olabilir ve fayda/zarar oranı, klinik sonuç denemeleri olmadan kesin olarak belirlenemez. Dolayısıyla hipertansiyon tedavisi sadece kan basıncını değil, klinik sonuçların riskini de azaltmalıdır. Bu sebeple güncel kılavuz; hipertansiyon tedavisinin birincil amacı olarak; inme, miyokard infarktüsü, kalp yetersizliği, son dönem böbrek hastalığı ve KV veya toplam mortalite gibi hasta için önemli olan KV sonuçlar üzerine etkisini dikkate almıştır. Bu gerekçeyle kılavuz kan basıncını düşüren tedavinin kardiyovasküler olaylar üzerine etkisini değerlendiren, iyi yürütülmüş randomize kontrollü çalışmaların sonuçları veya bu çalışmaların meta-analizlerini kanıt düzeyi "A" olarak belirledi. Kardiyovasküler sonuçları olmayan randomize çalışmalar ya da kardiyovasküler olayları değerlendiren gözlemsel çalışmalar, bunların meta-analizleri ve uzman görüşü dikkate alındığında ise kanıt düzeyini B ya da C seviyesine düşürdü.
- Güncel kılavuzda primer hipertansiyonun fizyopatolojisi önceki kılavuza göre daha detaylı sunulmuştur.** Primer hipertansiyonun, kökeni klasik bilgilerimize göre genetik bir arka planda çok sayıda çevresel faktör ve yaşlanma süreci arasındaki karmaşık etkileşime bağlıdır. Hem genetik hem de çevresel faktörler, KV düzenleyici sistemlerdeki değişiklikler yoluyla etki göstererek sistemik vasküler direncin artmasına yol açar; bu, hemen hemen tüm hipertansif hastalarda KB yükselmesinden sorumlu olan belirgin hemodinamik anormalliktir. Kılavuzda son birkaç yılda hipertansiyonun genetik geçmişine ilişkin önemli yeni kanıtlar elde edildiği; 1000'den fazla genetik faktör tanımlandığı ve biyokimyasal-patofizyolojik yollarla birlikte çalıştıkları vurgulandı. Yeni çevresel faktörler (örn. hava kirliliği ve gürültü) belirlendiği ve bağırsak mikrobiyal disbiyozunun (mikrobiyotadaki dengenin bozularak, vücuda zarar vermeye başlaması) prejenik etkilerinde (artan sodyum duyarlılığı) hipertansiyon gelişiminde rolü olabileceği öne sürüldü. Yakın zamanlarda, deneysel ve klinik kanıtlar ışığında hipertansiyonun, büyük ölçüde oksidatif stres tarafından yönlendirilen iki süreç olan iltihaplanma ve bağışıklık hücresi aktivasyonu ile ilişkili olduğuna dolayısıyla inflamasyon ve düzensiz bağışıklık sisteminin birbiriyle yakından bağlantılı olduğu ve hipertansiyonda immün inflamasyonun rol oynayabileceğine dikkat çekildi. Ayrıca yeni deneysel ve klinik çalışmalarda, birçok önemli KV kontrol sistemindeki değişikliklerin kronik KB yükselmesine katkıda bulunabileceğinin gösterildiği belirtildi.
- ESC/ESH 2018 kılavuzuyla karşılaştırıldığında hipertansiyon yönetiminde ofis dışında KB ölçümlerin iyileştirilmesine ve önemine daha güçlü dikkat çekilmiştir.
- Yeni HMOD ölçümleri (kalsiyum skoru vb.) ve bunların hipertansiyon araştırmasındaki klinik değeri vurgulanmıştır.
- Yeni KV risk faktörleri ve KV risk değerlendirmesine ilişkin güncellemeler yapılmıştır. Risk değerlendirmesinde 10 yıllık ölümcül ve ölümcül olmayan kardiyovasküler olay riskini tahmin etmek için orijinal SCORE'un güncellenmiş bir versiyonu olan SCORE2 kullanılması ve ≥ 70 yaş hastalar için SCORE-OP kullanılması önerilmiştir. Ayrıca hipertansif hastalarda KV riski artıran yeni risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar tanımlanmıştır. Bu faktörler ve hastalıklar bültenin ilgili bölümünde detaylıca verilmiştir.
- Hipertansiyonun ikincil formlarının güncellenmiş ve kapsamlı bir özeti sunulmuştur.
- Yaşam tarzı müdahalelerine ilişkin güncelleme yapılmış ve özellikle potasyum içeren diyet ya da potasyum takviyesinin önemi vurgulanmıştır.
- Hastaların demografik ve klinik alt gruplarındaki olası heterojenliği de dahil olmak üzere, antihipertansif ilaç tedavisine yönelik eşik ve hedeflere ilişkin güncellemeler yapılmıştır. Bu güncellemeler bültenin ilgili bölümünde tartışılmıştır.
- RAS blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri ve tiazid/tiazid benzeri diüretiklerin ve bunların kan basıncını düşürücü

tedavi için çeşitli kombinasyonlarının tercih edilen kullanımı tekrar vurgulanmıştır. Beta blokerlerin kullanımına ilişkin daha açık tavsiyeler yapılmış, bu ilaçların başlıca antihipertansif ilaçlar arasında yer alması ve başlangıç antihipertansif ilaç tedavisi olarak kullanılabileceği belirtilmiştir.

10. Dörtlü ilaç dahil tek ilaç kombinasyonlarının ve mevcut kombinasyon bazlı ilaç tedavisi stratejilerine ilişkin güncelleme yapılmıştır.
11. Gerçek dirençli hipertansiyon detaylı şekilde sunulmuş, tanı ve tedavisine özel vurgular yapılarak güncellemesi yapılmıştır. Kontrol edilemeyen dirençli hipertansiyonu olan hastalarda ilaç tedavisine ilave veya alternatif olarak renal denervasyonunun kullanımı ait öneriler sunulmuştur. Bu konular bültenin ilgili bölümünde detaylıca irdelenmiştir.
12. Hipertansiyonun bilişsel işlev bozuklukları ve demans üzerindeki etkisi ile antihipertansif tedavinin bilişsel işlev bozuklukları ve demansı önlemedeki önemi vurgulanmıştır.
13. Kırılabilirlik ve fonksiyonel düzeye göre yaşlılarda hipertansiyonun yönetimi güncellenmiştir.
14. Kalp yetersizliği olan hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine yönelik yeni ve basitleştirilmiş bir yaklaşım önerilmiştir. Azalmış ve korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliğinde, hipertansiyon tedavisine ilişkin güncellemeler yapılmıştır. SGLT-2 inhibitörlerinin, diyabetik hastalarda kalp yetersizliğinin önlenmesinde ve kalp yetersizliğinde temel tedavide yer alması gerektiği vurgulanmıştır. Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu hastalarda SGLT-2 inhibitörleri diyabetin mevcudiyetinden bağımsız olarak önerilmiştir. Kalp yetersizliği ve hipertansiyon hastalarında RAS blokeri yerine anjiyotensin reseptör neprilisin inhibitörü (ARNI) tercih edilmesi önerilmiştir. Uygun medikal tedaviye rağmen kontrol edilemeyen hipertansiyonda önceki kılavuzda sınıf IIb ile önerilen dihidropiridin kalsiyum kanal blokerlerinin öneri seviyesi sınıf I'e yükseltilmiştir.
15. Atrial Fibrilasyonlu hipertansif hastalarda tanı ve tedavide yeni tanısal yaklaşımlar tanımlanmıştır.
16. Böbrek nakli, SGLT-2 (sodyum glukoz kotransporter-2) inhibitörlerinin ve nonsteroidal mineralokortikoid antagonist finerenon kullanımı da dahil olmak üzere kronik böbrek hastalığı olan hastaların tedavisine yönelik daha ayrıntılı bir dizi öneride bulunulmuştur. Bu konu bültenin ilgili bölümünde çok detaylı olarak sunulmuştur.
17. Tip 2 diyabet hastalarına yönelik yeni tedavi yaklaşımları güncellenmiştir. Tip 2 diyabetli hastalarda SGLT2 inhibitörlerinin kullanımı kardiyak ve böbrek fonksiyonlarının korunması için tavsiye edilmiştir. Steroid olmayan MRA; finerenone nefroprotektif ve kardiyoprotektif özellikleri sebebiyle diyabetik ve orta-şiddetli albuminüri olan KBY'li hastalarda önerilmiştir.
18. Ortostatik hipertansiyon/hipotansiyon, baroreflaks yetersizliği—efferent otonomik yetersizlik, kontrolsüz beyaz önlük hipertansiyonu-kontrolsüz maskelenmiş hipertansiyon vb. farklı kan basıncı fenotiplerinde epidemiyoloji, tanı ve tedavi önerilerinde bulunulmuştur.
19. Önceki kılavuzda değinilmeyen ya da marginal olarak bahsedilen klinik ve demografik durumlarda; hipertansiyonun tanı, tedavi ve takibinden genişçe bahsedilmiştir (bu durumların klinik uygulama da önemli olduğunu düşündüğümüz bölümleri bültende ayrı olarak sunulmuştur).
 - a. Çocuk/ergen ve yetişkinliğe geçiş
 - b. Genç hastalar
 - c. Cinsiyete bağlı farklılıklar
 - d. Hamilelik ve Lohusalık
 - e. Periferik arter hastalığı
 - f. Aort anevrizması
 - g. Kalp kapak hastalığı
 - h. Akut serebrovasküler hastalıklarda hipertansiyon tedavisi
 - i. Hipertansif acil durumlar/acil durumlar
 - j. Perioperatif hipertansiyon
 - k. Obezite
 - l. COVID-19
 - m. Kronik inflamatuvar hastalıklar
 - n. Onkolojide hipertansiyon
 - o. Baroreflaks yetmezliği ve disotonomi
 - p. Glokom
20. Uyumsuzluğun ve klinik ataletin değerlendirilmesi ve en aza indirilmesi de dahil olmak üzere hastaların takip stratejilerine ilişkin ayrıntılı öneriler yapılmıştır.
21. Hipertansiyon tedavisine ve hipertansiyonla ilişkili hastalıkların kontrol altına alınmasına yönelik yeni potansiyel yaklaşımlardan (tele-sağlık, ekip bazlı tedavi, eczacıların rolü) bahsedilmiştir.