.

Avrupa Hipertansiyon Derneği 2023 Kılavuzu Tedavi Yaklaşımında Değişiklikler

Dr. Sadık Volkan Emren

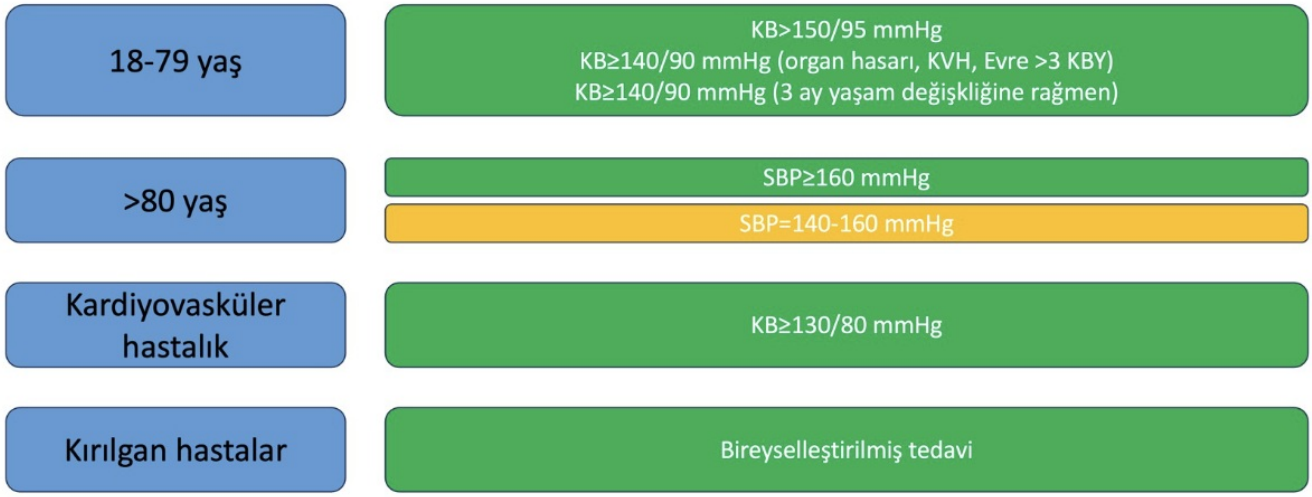
Avrupa Hipertansiyon Derneği 2023 Kılavuzu Tedavi Yaklaşımında Değişiklikler

Dr. Sadık Volkan Emren

Avrupa Hipertansiyon Derneği 2023 Kılavuzu daha önceki kılavuzlara benzer olarak evre 2 ve 3 hipertansiyonu olan hastalara doğrudan ilaç başlanmasını önermektedir. Grade 1 hastalarında yine benzer şekilde hedef organ hasarı, kardiyovasküler hastalık veya evre 3 ve üzeri kronik böbrek yetmezliği durumunda doğrudan ilaç başlanmasını önermektedir. Buradaki temel farklılık hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalığı olmayan hastalardan kan basıncı 150/95 mmHg üzerinde olanlar için doğrudan ilaç başlanabileceğini önermektedir.

Beyaz önlük ve maskeli hipertansiyon hastalarında hedef organ hasarı veya yüksek kardiyovasküler risk varsa sınıf 2 endikasyonla ilaç başlanabilir. İzole sistolik hipertansiyonu olan hastalarda santral kan basıncı eğer yüksekse veya kardiyovasküler risk faktörü varsa ilaç başlanabilir.

Tedavi başlama sınırı 18-79 yaş arası için 140/90 mmHg olarak belirlenirken, 80 yaş üstü hastalarda tedavi için eşik değer ise sistolik kan basıncı için (SKB) 160 mmHg olarak kabul edilmiştir. Genel durumu iyi fit kabul edilebilecek 80 yaş üstü hastalarda tedavi başlama eşiği SKB 140-159 mmHg sınırına düşürülebilir. Kırılgan hastalar çalışmalarda yeterli temsil edilmediği için bireysel karar verilmesi önerilmektedir. Diğer önemli bir husus kılavuz yüksek normal kan basıncına sahip kardiyovasküler hastalığı olanlarda direk ilaç başlanabileceğini sınıf 1 endikasyona çıkarmıştır.



Tedavi hedefinde genel olarak SKB için 140-120 mmHg aralığı, diyastolik kan basıncı (DKB) için tedavi aralığı 70-80 mmHg belirlenmiştir. 65 yaş altı hastalarda SKB için 120- 130/70-80 mmHg, 65 yaş üstünde ise SKB 130-140/70-80 mmHg olarak hedeflenmiştir. Kılavuz 65 yaş üstü izole sistolik hipertansiyonu (ISH) olan hastalarda daha esnek davranılmasını hedefin 140/150 mmHg olmasını yeterli görmüş, eğer tolere edilebiliyorsa SKB 130-139 aralığı hedeflenmiştir.

Hedef kan basıncı değerleri

Önceki kılavuzlarla benzer olarak tek hap çiftli kombinasyon tedavisi vurgulanmıştır. Sadece düşük riskli evre 1 hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık olup yüksek normal kan basıncı olanlar, ileri yaş veya kırılgan hastalarda monoterapi verilebileceği önerilmiştir. Beta bloker de anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE), anjiyotensin reseptör blokeri (ARB), kalsiyum kanal blokerleri, diüretiklerin yanında 5. Grup olarak eklenmiştir. İlaca uyumun daha iyi olacağı belirtilerek ilacın verilme zamanının sabah olmasını önermiştir. SGLT-2 inhibitörlerinin diyabetik hastalarda kalp yetmezliğinin önlenmesinde ve kalp yetmezliğinde temel tedavide yer alması gerektiği vurgulanmıştır. Kalp yetmezliği ve hipertansiyon olan hastalarında, RAS blokeri yerine anjiyotensin reseptör neprilisin inhibitörü (ARNI) alması önerilmiştir. Diyabetik, proteinüri ile beraber böbrek yetmezliğinde non-steroid minereloreseptör antagonisti Finerenon glomerüler filtrasyon hızı 25 ml/dk/1.73 2 and serum potasyum <5.0 mmo/L ise başlanmalıdır (Sınıf IA).

İlaç dışı yaklaşımlar açısından bazı öneriler eklenmiştir. Özellikle tuz tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde NACL yerine KCL verilmesi önerilir (Sınıf 1A). Alkolün tüketilmemesi vurgulanmış (Sınıf III) ve kan basıncına faydalı etkilerinden ötürü meditasyon, zihin egzersizi, nefes terapileri sınıf IIC endikasyonla eklenmiştir.

Kılavuzda eski kılavuzlardan farklı olarak ortostotik hipotansiyon ve hipertansiyon için detaylı bilgi ve öneri sunulmuştur. Ortostatik hipertansiyon tanımı da eklenmiş olup oturur pozisyondan ayakta durma sonrası SKB'nin 20 mmHg üzerine çıkması veya SKB ayakta 140 mmHg üzerine çıkması olarak ifade edilmiştir. Afferent yolaklardan kaynaklı bozukluk barorefleks yetersizlik, efferent sinirlerden kaynaklı bozukluk otonom yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Boyun diseksiyonu veya radyoterapinin barorefleks yetersizlik oluşturabileceği özellikle psikolojik stresle hipertansiyonun kolayca tetiklenebileceği belirtilmiştir. Bu durumda uzun etkili sempotilik ajanlar sınıf IIc endikasyonla verilebilir. Ortostatik hipotansiyon varlığında altla yatan nedenin ortaya çıkarılması, tedavide sodyum alımı, venöz kompresyon çorapları verilebilir (Sınıf 1C). Diüretikler, alfa-1 blokerler, vazodilatörler kesilebilir (Sınıf 1C). Bu şekilde ortostatik hipotansiyonu devam eden hastalarda alfa adrenoreseptör agonistler verilebilir (Sınıf IIC). Supin hipertansiyon ve ortostatik hipotansiyon beraberliğinde uyku esnasında başın biraz yüksek kalacak şekilde tutulması sınıf IIC endikasyonla önerilir.

Sonuç olarak; son kılavuz ilaç başlama eşiğinde hastaların risk, yaş ve hipertansiyon evrelerine göre gözetilmesini önermiştir. Kan basıncı kontrolünün dünya genelinde düşük olması nedeniyle ilk planda 140/90 mmHg altına çekilmesi ve hasta bazlı faktörlere göre SKB 120-130 mmHg, DKB için 70-80 mmHg hedef olarak belirlenmiştir. İlaç dışı yöntemlerde tuz yerine potasyum tuzu verilmesi yeni bir öneri olarak yer almıştır. Değişik hasta grupları arasında ortostatik hipotansiyon ve hipertansiyon detaylı olarak incelenmiştir. Son çalışmalar ışığında ARNI, SGLT-2 inhibitörleri ve Filneronon özel hasta gruplarında hipertansiyon tedavisine ek olarak yer almıştır.