

Serebrovasküler Hastalıklar ve Hipertansiyon

Dr. Veysel Oktay

2023 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) Hipertansiyon Kılavuzu: Serebrovasküler Hastalıklar ve Hipertansiyon

Dr. Veysel Oktay

Bu yazıda 2023 yılında ESH tarafından yayınlanan hipertansiyon yönetimi kılavuzunda yapılan güncelleme ve değişiklikler, 2018 yılında aynı konu ile ilgili yayınlanan kılavuza göre kıyaslanarak verilmiştir.

1. Akut İnmede Hipertansiyon Yönetimi

1.1. Akut Hemorajik İnme

Akut hemorajik inmede artmış kan basıncı (KB) sık karşılaşılan bir durum olup hematoma genişlemesi, nörolojik sekel kalması ve ölümlle yakından ilişkilidir. Hemorajik inmede artmış KB yönetiminde semptomların başlangıcından itibaren geçen süre (ilk 6 saat) belirleyici olmaktadır. ESH 2023 kılavuzunda, 2018 yılında yayınlanan kılavuza göre en büyük değişiklik bu hasta grubunda kan basıncı yönetiminde semptom başlangıcından itibaren geçen bu 6 saatlik süre sınırının getirilmesi olmuştur.

1.2. Akut İskemik İnme

Akut iskemik inmede KB düşüşü sağlamanın klinik faydası daha da az belirgindir. Çoğu hastada başlangıçta KB değerleri yüksek olup ilk 48-72 saat içerisinde spontan olarak düşmektedir. Bu süre içerisindeki KB yüksekliği her ne kadar kötü nörolojik ve klinik sonuçlarla ilişkili olsa da birçok randomize kontrollü çalışma (RKÇ) ve meta-analiz sonuçları bu dönemde yapılacak farmakolojik bir antihipertansif tedavinin faydalı sonuçlar doğurduğunu kanıtlar nitelikte değildir. ESH 2023 kılavuzunda 2018 yılında yayınlanan kılavuza göre herhangi bir önemli değişikliğe yer verilmemiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Akut İnmede Kan Basıncı Yönetimi

Tavsiye	Sınıf	Kanıt Düzeyi
Semptomların başlangıcından 6 saatten daha az süre geçen ve hemorajik inme geçiren hastalarda hematoma genişlemesini önlemek için KB değeri < 140/90 mmHg olmalıdır	II	B
Hemorajik inme geçiren ve semptomların başlamasından 6 saatten daha fazla süre geçen hastalarda SKB ≥ 220 mmHg ise intravenöz tedavi ile SKB'nin <180 mmHg olması hedeflenmelidir. SKB < 220 mmHg olan hastalarda yavaş ve orta düzeyde KB düşüşü kan basıncı <140/90 mmHg olacak şekilde agresif tedaviye göre tercih edilmelidir	II	B
Akut iskemik inme geçiren ve trombolitik veya mekanik trombektomi için uygun olan hastalarda girişimden sonrası ilk 24 saatte KB <180/105 mmHg olacak şekilde düzenlenmelidir	II	B
Trombolitik veya mekanik trombektomi için uygun olmayan KB ≥ 220/120 mmHg olan hastalarda klinik değerlendirme esas alınarak inme başlangıcından 24 saat içerisinde kan basıncının 15% oranında düşürülmesi düşünülebilir	II	B
Akut iskemik inme geçiren hastalarda rutin olarak antihipertansif ilaçlarla KB düşürülmesi önerilmez	III	A

1.3. Geçici İskemik Atak veya Önceden İnme Öyküsü Olan Hastalarda Kan Basıncı Yönetimi

Geçici iskemik atak veya öncesinde inme öyküsü olan klinik olarak stabil seyreden ve KB ≥ 140/90 mmHg olan hastalarda plasebo kontrollü RKÇ sonuçlarına göre KB'nin düşürülmesi tekrarlayan inme ve kardiyovasküler olay gelişimini azaltmaktadır. Bu nedenle inme sonrası birkaç gün içerisinde, geçici iskemik atak sonrası ise vakit geçirmeden hasta klinik olarak stabil ise antihipertansif tedavi başlanmalıdır. Bugüne kadar önceden inme geçiren hastalarda KB değeri yüksek normal veya normal sınırlarda olduğunda antihipertansif tedavinin tekrarlayan inme veya kardiyovasküler olayları azalttığına dair plasebo kontrollü bir çalışma yayınlanmamıştır. Bu hastalarda ana hedef KB'nin < 140/80 mmHg düzeyinde tutulması eğer hasta tolere edebiliyorsa KB'nin <130/80 mmHg olması hedeflenmesidir. SKB'nin <120 mmHg olmasından kaçınılmalıdır.

İnmenin sekonder korumasında ise beta blokerler tercih edilen ajanlar olmayıp belirli klinik durumlarda kombinasyon seçeneği olarak düşünülmelidirler. Bu hasta grubu için kan basıncı yönetimi ile ilgili 2023 ve 2018 yıllarında yayınlanan kılavuzlar arasında önemli bir fark bulunmamaktadır.

1.4. Bilişsel Bozukluğu ve Demansı Olan Hastalarda Hipertansiyon Yönetimi

Son 25 yılda yaşlanmanın artması ile demans oranında ciddi artış görülmektedir. Demans kadınlarda erkeklere göre daha

sık oranda izlenmekte dünya genelinde en sık 5. ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hipertansiyon; demans, kognitif bozukluk ve Alzheimer hastalığı gelişiminde önemli bir role sahiptir. Hipertansiyon kognitif fonksiyonlarda azalmaya serebral küçük damarlarda yeniden şekillenmeye, beyaz maddede subklinik lezyonların oluşmasına, mikrokana ve lakuner enfarktlara yol açarak neden olmaktadır. Büyük damarlardaki arteriyel sertlik ve akım pulsallitesi serebral küçük damar hastalığına katkı sağlamakta, bu durum beynin bazal ganglion ve hipokampus gibi bölgelerinde kan akımında azalmaya neden olmaktadır.

Hangi antihipertansif ajanın bilişsel fonksiyonları daha iyi koruduğu sorusu halen güncelliğini korumaktadır. Birçok gözlemsel çalışmada anjiyotensin reseptör blokerlerinin (ARB), dihidropiridin grubu kalsiyum kanal blokerlerinin (DHP-KKB) ve tiazit grubu diüretiklerin ACEI (anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri), non-DHP-KKB'leri ve BB'lere göre demansın önlenmesinde ve bilişsel fonksiyonların korunmasında daha etkili oldukları gösterilmiştir. Bu gözlem yeni yayınlanan iki güncel çalışma olan PreDIVA ve SPRINT-MIND çalışmaları ile de desteklenmektedir. Bu çalışmaların sonucunda da ARB, DHP-KKB ve tiazit/tiazit benzeri antihipertansif ajanların ACEI, non-DHP-KKB ve BB'lere göre bilişsel fonksiyonlarda %24 oranında daha az azalmaya neden olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçların doğrulanması için başka prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Güncel kanıtlar orta ve ileri yaş gurubu hastalarda bilişsel fonksiyonların korunması amacıyla sıkı kan basıncı kontrolünü önermektedir.

2018 yılında yayınlanan kılavuza göre bu hasta grubu için klinik bilgilerimiz daha da artmış olmasına rağmen tavsiye düzeyinde değişiklik yapacak majör bir farklılık göze çarpmamaktadır.