

# ESC 2024 Artmış Kan Basıncı ve Hipertansiyon Yönetimi Kılavuzu: Tedavide Temel Değişiklikler

Dr. Zeynep YAPAN EMREN, Dr. Sadık Volkan EMREN

## ESC 2024 Artmış Kan Basıncı ve Hipertansiyon Yönetimi Kılavuzu: Tedavide Temel Değişiklikler

Dr. Zeynep YAPAN EMREN, Dr. Sadık Volkan EMREN  
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı

Bu kılavuzda en önemli değişikliklerden biri kan basıncının sınıflandırılmasında ve buna göre belirlenen tedavi eşik değerlerindedir. Buna göre yüksek kan basıncı sistolik kan basıncı (SKB) 120-139 mmHg, diyastolik kan basıncı (DKB) 70-89 mmHg olarak revize edilmiştir. Ofis kan basıncının tekrarlayan ölçümlerle 140/90 mmHg ve üzerinde olması veya bunun ofis dışı kan basıncı eşik değerleriyle doğrulanması ise hipertansiyon kabul edilmektedir. Yüksek kan basıncı olan hastanın kardiyovasküler risk düzeyinin belirlenmesi tedavi düzenlenmesi açısından önem taşımaktadır. Yüksek kan basıncı olan hastalarda bu kılavuzda; SCORE2 or SCORE2-OP (70 yaş üzeri için) kardiyovasküler hastalık (KVH) risk skoruna bakılması önerilmektedir. Diyabeti olan 60 yaş altındaki hastalar için ise SCORE2-Diyabet skoruna bakılmalıdır. Orta-ciddi kronik böbrek yetmezliği (KBY), KVH, uç organ hasarı, diyabet ve ailesel hiperkolesterolemisi (AH) olan hastalar ile SCORE2, SCORE2-OP ve SCORE2-Diyabet skoruna göre 10 yıllık KVH riski  $>10\%$  üzeri olanlar yüksek riskli kabul edilmektedir. Bunun dışında yüksek kan basıncına sahip olup hesaplanmış risk skoru  $5-10\%$  arasında olanlarda ise modifiye edici risk faktörlerine bakılıp hastanın yüksek risk kategorisinde olup olmadığı belirlenmelidir (**Sınıf IIa**). Modifiye edici risk faktörleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

<b>Modifiye edici risk faktörleri</b>	
<b>Cinsiyet özgü risk faktörleri</b>	<b>Ortak modifiye ediciler</b>
Gestasyonel diyabet	Yüksek risk etnisite
Gestasyonel hipertansiyon	Ailede erken yasta ASKVH
Preklampsi	Sosyo-ekonomik yoksunluk
Erken doğum	Otoimmün inflamatuvar hastalık
Bir veya daha fazla ölü doğum	Ciddi mental hastalık
Tekrarlayan düşük	HIV
ASKVH, Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, HIV, Human immunodeficiency virüs	

Tüm bu değerlendirilme aşamaları sonucu halen tedavi açısından karar verilemeyen 10 yıllık KVH riski  $5-10\%$  arasında olan hipertansif hastalarda; koroner kalsiyum skoru, karotis ya da femoral arterde plak varlığı, kardiyak troponin ve BNP düzeyleri ve arteriyel sertlik değerlendirilmesi ile maliyet hesabının da göz önüne alınarak ortak karar verilmesi **Sınıf IIb** ile önerilmektedir.

Kan basıncı (KB) doğrulanmış ölçümlerle 140/90 mmHg ve üzerindeyse hipertansiyon kabul edilip yaşam tarzına ek olarak doğrudan ilaç tedavisi başlanması önerilmektedir.

Eğer SKB 130-139 mmHg arasında ve diyabet, KVH, KBY, AH ve uç organ hasarı varsa veya 10 yıllık kardiyovasküler risk  $\geq$  %10 veya %5-10 arası risk olan hastalarda modifiye edici risk faktörü veya anormal risk araçlarından biri varsa öncelikle 3 aylık yaşam tarzı değişikliği ile takip eğer bu sürede kan basıncı hedef değerine ulaşamazsa ilaç tedavisi başlanmalıdır.

### **Son kılavuzda yaşam tarzı değişikliklerinin önemi daha çok vurgulanmıştır;**

- Tuz alımı günde 5 gr ve altı (bir silme çay kaşığı) olarak değişmemiştir (Sınıf IA). Yoğun tuz alımı olanlarda eğer orta ve ciddi böbrek yetmezliği yoksa potasyum takviyeli tuz alımı 0,5-1 gr gün olacak şekilde önerilmiştir (Sınıf Ila).
- Diyet tedavisinde KVH için besin önerileri teker teker belirtilmemiş bunun yerine Akdeniz veya DASH (Dietary approaches to stop hypertension) diyet önerilmiştir (Sınıf IA).
- Bir önceki versiyonundan farklı olarak şekerli (yumuşak içerikli ve meyve suları) veya tatlandırıcı içeceklerin yasaklanması öneri olarak girmiştir (Sınıf IB).
- Alkol alımı önerilmemektedir. Alkol alımı limiti bu kılavuzda kadeh miktarı yerine artık gram olarak belirtilmiş, haftalık 100 gr geçmemesi önerilmiştir (Sınıf IB).
- Sigara aynı şekilde yasaklanmıştır (Sınıf IA).
- Vücut kitle endeksinin normal limitlerde kalması (20-25 kg/m<sup>2</sup>), bel çevresi erkeklerde <94 cm, kadınlarda <80 cm olmalıdır (Sınıf IA).

Fiziksel aktivite önerilerinde bu kılavuzda haftalık orta yoğunluklu 150-300 dk veya yoğun 75-150 dk egzersiz önerisi devam etmiştir (Sınıf IA). Ek olarak düşük ve orta yoğunluklu izometrik ve direnç egzersizleri yapılması, KB düşürücü etkilerinden dolayı kılavuza eklenmiştir (Sınıf IA).

Hedef kan basıncı hedefi daha aşağıya çekilmiştir. Daha önceki kılavuzda basamaklı düşüş önerilirken bu kılavuzda doğrudan hedef SKB 120-129 mmHg olması önerilmiştir (Sınıf IA). SKB hedefine ulaşılmışsa DKB hedefi sınıf Ila endikasyonla 70-80 mmHg olması önerilmiştir.

Kan basıncı düşürücü temel ilaç yaklaşımlarında değişiklik olmamıştır. Anjiyotensin dönüştürücü enzim ve anjiyotensin reseptör blokleri (ACE/ARB), kalsiyum kanal blokleri ve diüretikler ilk sırada önerilmektedir (Sınıf IA). Sadece kalsiyum kanal blokleri olarak dihidropridin türevi ilaçlar kastetildiği önerilerde belirtilmiştir. Kombinasyon tedavisi yine vurgulanmıştır. Yükselmiş kan basıncı olanlar, orta ve ciddi kırılabilirliği olanlar, semptomatik ortostatik hipotansiyon ve 85 yaş üstü hastalarda monoterapi başlanabilir. Bu hastalarda tedavi hedefinde de 140/90 mmHg altı yeterli bulunmuştur. (Sınıf Ila) Diğer hasta gruplarında düşük doz kombinasyon tedavisi ile başlanmalıdır. Eğer 1-3 ay sonrasında kan basıncı hedefine ulaşamazsa ilaç dozunu artırmak yerine düşük doz üçlü kombinasyona geçilmesi önerilmektedir. Bu aşamadan sonra kan basıncı hedefine ulaşamazsa üçlü kombinasyonun tolere edilebilen maksimum dozuna çıkılmalıdır. Üçlü kombinasyon ile KB hedefine ulaşamamışsa dirençli hipertansiyon açısından değerlendirilmelidir. Bu hastalarda ilaç uyumu kontrol edilmeli, gerekirse hipertansiyon merkezine sevk edilmelidir. Eski öneri olan spironolakton bu hasta gruplarında hala önerilmektedir. Buna ek olarak aynı öneri düzeyiyle Eplerenon yüksek dozları da kılavuza girmiştir (Sınıf Ila). İlaçların alım zamanı ile ilgili olarak ise hasta için alışkanlığa en uygun herhangi bir zamanda alınabileceği belirtilmiştir (Sınıf Ib).

İlaç tedavisi yeni başlanan hastalarda 1 ay içinde kontrole çağırılması önerilmektedir. Kan basıncı kontrol altına alındığı takdirde yıllık KVH kontrolü, uç organ hasarı gibi komplikasyonların kontrolü önerilmektedir.

Sonuç olarak son kılavuz yaşam tarzı değişikliğine güçlü vurgu yapmıştır. Yaşam tarzı değişiklikleri açısından daha önce yer almayan bazı yaklaşımları öneri olarak da eklemiştir. Önceki kılavuzlara göre bazı hasta grupları hariç KB hedefleri daha aşağıya çekilmiştir. Buna paralel olarak ilaç başlama sınırları ve endikasyonları daha aşağılara çekilmiştir.