

80 Yaş ve Üstü Hastalarda Hipertansiyon Yönetimine İlişkin 12 Önemli Soru ve 2023 Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu Yardımıyla Cevapları

Uzm. Dr. Hasan Kan

80 Yaş ve Üstü Hastalarda Hipertansiyon Yönetimine İlişkin 12 Önemli Soru ve 2023 Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu Yardımıyla Cevapları

Bahat G et al. J Hypertens 2024 Nov 1;42(11):1837-1847.

Uzm. Dr. Hasan Kan

Arteriyel hipertansiyon, kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin başlıca risk faktörüdür. Dünya genelinde 80 yaş ve üzeri nüfus hızla artmaktadır, 2050'ye kadar sayının üç katına çıkması beklenmektedir. 80 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon oranı yaklaşık %80'e ulaşır. Bu grup, fonksiyonel durum ve bağımsızlık açısından oldukça heterojendir. Ancak bu yaş grubunda sıklıkla kırılğanlık (frailty), çoklu hastalıklar, polifarmasi ve "geriatrik sendromlar" (düşmeler, bilişsel bozukluk, mobilite kaybı, depresyon, malnütrisyon, inkontinans vb.) görülür. Hipertansiyon kırılğanlık seviyesini arttırdığı gibi kırılğan hastalarda tedaviye bağlı yan etkiler daha fazladır.

2023 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) Hipertansiyon Yönetimi Kılavuzu, yaşlı yetişkinlerde kan basıncı yönetimini kırılğanlık/işlevsellik düzeylerine göre uyarılma konseptini entegre eden ilk uluslararası kılavuzdur. Bu makale, ESH "Yaşlılarda Hipertansiyon Çalışma Grubu" tarafından hazırlanmış olup, kılavuzda kısa değinilen noktaları genişletmeyi ve özellikle birinci basamak hekimler için pratik yaklaşımlar sunmayı amaçlamaktadır. Çalışmada 12 önemli soru belirlenmiş ve kılavuz önerileri doğrultusunda yanıtlanmıştır.

1. Yaşla birlikte sistolik-diyastolik kan basıncı ve nabız basıncı değişiminin mekanizmaları ve sonuçları nasıl özetlenebilir?

Yaşla birlikte kan basıncı değişimleri: Orta yaşa kadar sistolik (SBP) ve diyastolik (DBP) basınç birlikte yükselir (periferik direnç artışı nedeniyle). Yaşlılıkta SBP belirgin artmaya devam ederken, DBP düşer, bu da izole sistolik hipertansiyon ve genişlemiş nabız basıncı ile sonuçlanır. Bu tablo **arteriyel sertleşmenin** tipik göstergesidir.

Yüksek SBP ve genişlemiş nabız basıncı sol ventrikül afterload artışına neden olurken, düşük DBP koroner perfüzyonun bozulmasına yol açar. Ancak yaşlı hastalarda düşük SBP değerleri bazen "iyi damar sağlığı" değil, tam tersine kalp yetmezliği veya nörolojik hastalık göstergesi olabilir. Kırılğan hastalarda kan basıncı otoregülasyonu bozulmuş olabileceğinden düşük tansiyon doku hipoperfüzyonuna yol açabilir.

Kan basıncı ile kardiyovasküler risk arasındaki ilişki U-şekindedir: hem çok yüksek hem de çok düşük değerlerde morbidite ve mortalite artar. Tedavi planı yapılırken yalnızca ölçüm değerleri değil; hastanın genel sağlık durumu, kırılğanlık seviyesi ve damar yaşlanması da dikkate alınmalıdır.

2. Çok yaşlı yetişkinlerde global (bütünsel) kardiyovasküler hastalık riskini değerlendirmek yararlı mıdır?

Tüm hipertansif hastalarda bütünsel kardiyovasküler (KV) riskini değerlendirilmesi önerilir. 80 yaş üstünde heterojenlik çok fazladır, çoğu zaten yaş nedeniyle yüksek/çok yüksek KV risk grubundadır.

70–89 yaş yüksek veya çok yüksek riskli olmayan hastalarda SCORE2-OP sistemi kullanılabilir. Özellikle yüksek normal tansiyon veya evre 1 HT olan yaşlılarda, risk değerlendirmesi tedavi başlama kararını ve hızını belirlemede faydalıdır. Ancak tedavi kararı sadece risk skoruna değil, mutlaka kapsamlı geriatrik değerlendirmeye de dayanmalıdır. Risk skorlarının yanında kırılğanlık, eşlik eden hastalıklar ve yaşam beklentisi de dikkate alınmalıdır.

3. Nörobilişsel bozuklukların hipertansiyon yönetimine etkisi nedir?

Orta yaş hipertansiyonu ileri yaşta demans riskini artırır. Son meta-analizler, tansiyon düşürücü tedavinin demans riskini %13 azalttığını göstermektedir.

65 yaş üstünde Mini-Cog, MMSE, MoCA gibi testlerle bilişsel işlevlerin rutin değerlendirilmesi önerilir. Bir tarama çalışmasında ortalama yaşı 76 olan hipertansif yaşlıların üçte birinde daha önce tanı konmamış bilişsel bozukluk bulunmuştur.

Anjiyotensin reseptör blokleri (ARB), dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ve tiazid/tiazid-benzeri diüretikler bilişsel gerilemeyi önlemede daha avantajlı olabilir. Alzheimer hastalarında kullanılan kolinesteraz inhibitörleri; diüretikler, beta blokerler veya non-dihidropiridin KKB'lerle etkileşerek yan etki riskini artırabilir.

Klinik olarak önemli demansı olan ancak orta düzeyde işlevsel bozukluk ve kısmi özerklik kaybı olan 80 yaş ve üzeri

hastalarda tedavi, SBP ≥ 160 mmHg ise başlanabilir; hedef SBP 140–150 mmHg'dır. Eğer SBP < 120 mmHg, ortostatik hipotansiyon veya belirgin kırılma varsa tedavi azaltılmalıdır. Şiddetli demans durumunda karar tamamen bireyselleştirilmelidir (semptomlar, komorbiditeler, polifarmasi dikkate alınarak).

İlerleyici bilişsel bozuklukta aile üyelerinin (yakınların) tedavi sürecine erken dahil edilmesi önerilir.

4. Kardiyovasküler olmayan ilaçların kan basıncı değişimleri üzerindeki etkisi nedir?

Yaşlı hastalar kullandıkları ilaçların yan etkilerine daha duyarlıdır. Medikal tedavi sırasında bir temel prensip olarak: "Her semptom, aksi kanıtlanana kadar ilaç ilişkili kabul edilmelidir."

Bu nedenle ilaç listesinin düzenli gözden geçirilmesi ve non-KV ilaçların tansiyon yönetimine etkisinin dikkate alınması önerilir.

Kan Basıncını Artırabilen İlaçlar: Non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar, parasetamol, östrojen/progestinler, glukokortikoidler, kalsinörin inhibitörleri, antidepresanlar, serotonin-nöradrenalin geri alım inhibitörleri, mirabegron, nazal dekonjestanlar, eritropoietin stimüle edici ajanlar, stimülanlar (modafinil, amfetamin, metilfenidat), VEGF inhibitörleri, alkol ve bazı bağımlılık yapıcı maddeler (kokain, metamfetamin vb.), bitkisel ürünler (meyan kökü, efedra, sarı kantaron, yohimbin, yüksek doz ginseng vb.), diyet ilaçları (sibutramin vb.)

Kan Basıncını Düşürebilen İlaçlar: Alfa-1 blokerler (özellikle doksazosin, terazosin), antipsikotikler (klozapin, ketiapin, klorpromazin vb.), bazı antidepresanlar (trisiklikler, trazodon), benzodiazepinler, opioidler, Levodopa, SGLT-2 inhibitörleri, 1. Nesil antihistaminikler (difenhidramin, hidrokisizin, feniramin vb.)

Bu ilaçlar, özellikle antihipertansiflerle birlikte kullanıldığında ortostatik hipotansiyon, senkop, düşme, bilişsel sorun riskini artırır.

5. Yaşlı yetişkinlerde 24 saatlik ayaktan kan basıncı takibi ve kan basıncının kendi kendine takibinde nelere dikkat edilmelidir?

80 yaş üstünde beyaz önlük hipertansiyonu çok sık görülür ($> 50\%$). Ters dipper/aşırı dipper, ortostatik ve postprandiyal hipotansiyon gençlere göre daha sık rastlanan özel durumlardır. Bu nedenle ofis dışı ölçümler (ABPM = 24 saatlik ambulatuvar ölçüm, HBPM = evde ölçüm) klinik pratikte değerli kabul edilir. Ancak ileri yaşta birçok hasta HBPM yapamayabilir. ABPM optimal metoddur, fakat pratikte erişim kısıtlılığı vb sebeplerle uygulanabilirliği sınırlıdır.

80 yaş üstünde ofis ölçümleri genellikle en yüksek, ABPM ise en düşük sonuçları verir (Ambulatuvar BP $<$ Ev BP $<$ Ofis BP).

Bu yaş grubunda hangi yöntemin prognostik üstünlüğü olduğu (ABPM/HBPM vs. ofis) net değildir. HBPM/ABPM rehberli tedavinin mortalite üzerine etkisi henüz kesinleşmemiştir. Yorum yapılırken dikkatli olunmalıdır; en iyi yaklaşım bu yöntemleri ofis ölçümleriyle tamamlayıcı olarak kullanmaktır.

6. Kan basıncındaki yüksek değişkenlik (postural değişiklikler, postprandiyal vb.) ile nasıl başa çıkılmalı?

Yaşlılarda kan basıncı değişkenliği belirgin şekilde artar. Bunun sebepleri arasında otonom sinir sistemi bozukluğu, arteriyel sertlik, diyabet, Parkinson, atriyal fibrilasyon, polifarmasi, ilaç etki sürelerindeki farklılık, düzensiz ilaç kullanımı sayılmalıdır. Bu dalgalanmalar, hedef organ hasarı, kardiyovasküler olay riski ve düşme ile ilişkilidir.

Ortostatik hipotansiyonu (OH) değerlendirmek için ofis ve ofis dışı ölçümlerde ayakta ölçüm de yapılmalıdır. OH'ye neden olabilecek ilaçlardan (diüretikler, alfa-blokerler, vazodilatörler vb.) kaçınılmalıdır. Gerekirse antihipertansif tedavi yavaşça azaltılmalıdır (özellikle kırılma ve fonksiyon kayıplı hastalarda). Hastaya ilaç dışı yaklaşımlar olarak ayağa yavaş kalkması, bacak egzersizleri, varis çorabı, bol sıvı (2–3 L/gün), daha az ve sık beslenmesi, tuz alımının makul düzeyde artırılması (6–10 g/gün), alkol ve aşırı karbonhidrattan kaçınması, sıcak havada ağır egzersizden kaçınması, yatarken başı 30–45° yükseltmesi önerilebilir.

OH otonom yetmezliği olanlarda supin hipertansiyon ile birlikte görülebilir. Çok yüksek supin HT varlığında kısa etkili, düşük doz ilaç (örn. Kaptopril, losartan) düşünülebilir.

7. Hipertansiyonu olan hastalarda kırılma nasıl değerlendirilir?

Kırılma, azalmış rezerv ve stresörlere direnç nedeniyle olumsuz sağlık sonuçlarına yatkınlık durumudur.

80 yaş üstünde antihipertansif tedaviye başlamadan önce ve tedavi başladıktan sonra yılda en az 1 kez kırılma değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Kullanılabilecek Değerlendirme Araçları:

--**Clinical Frailty Scale (CFS):** < 5 dk, basit; $\geq 5/9$ kırılma kabul edilir.

--**Fried Frailty Score:** Sorular + el sıkma kuvveti + denge testleri → daha uzun ve ekipman gerektirir.

--**Simplified Fried Frailty Scale:** 5 dk'dan kısa, klinikte kolay uygulanabilir.

8. İleri yaşta hipertansiyon yönetiminde kadınlar ve erkekler arasında fark var mı?

Son çalışmalarda kadınlarda hipertansiyon kontrolünün daha kötü olduğunu ve yaş ilerledikçe bu farkın arttığı gösterilmiştir (özellikle 75 yaş üstü). Daha hızlı arteriyel sertleşme, böbrek yetersizliği, yetersiz tedavi yoğunluğu veya uygunsuz ilaç seçimi bunda rol oynayabilir.

KKB ve beta blokerler kadınlarda daha güçlü BP düşürücü etki yapabilir, ama beta blokerler inme önlemede daha az etkili olabilirler. Tiyazid/tiyazid benzeri diüretikler kalsiyum geri alımını artırarak osteoporozu karşı koruyucu olabilirler. Ancak kadınlarda diüretiklerle hiponatremi, hipokalemi, aritmi; dihidropiridin CCB'lerle ayak bileği ödemi ve ACE inhibitörleri ile öksürük yan etkileri daha fazladır. Bu nedenle düşük doz kombinasyon tedavisi kırılğan değilse tercih edilebilir.

9. İleri yaşta hangi ilaç dışı tedaviler dikkate alınmalı?

Sigara bırakma ve alkol azaltma: KV risk, düşme ve kognitif bozukluk riskini azaltır.

Fiziksel aktivite: Yapılandırılmış, bireye uygun, tercihen grup temelli programlar önerilir. BP düşüşünün yanı sıra fiziksel ve kognitif fonksiyon iyileşmesi sağlar, sosyal etkileşimi artırır.

Beslenme: İstemli veya istemsiz kilo kaybı yaş ilişkili kas kaybını arttırmaktadır. Metaanalizlerde sağlıklı yaşlılarda fazla kilolu olanların mortalite riski en düşük olarak bulunmuştur.

Bu nedenle fazla kilolu olan yaşlı hastalarda genellikle kilo verilmesi önerilmez. Sağlam yaşlı hastalarda eğer yavaş kilo vermenin faydası risklere ağır basıyorsa direnç egzersizlerinin ve kişiselleştirilmiş diyet takviyelerinin (en az 1 g/kg/gün protein alımı, tahmini ihtiyaçlardan 500 kcal/gün daha az olmak üzere maksimum orta düzeyde kalori kısıtlaması) dahil edilmesi gerekmektedir.

Tuz (sodyum) alımı: Tuz kısıtlamasının BP üzerindeki etkisi yaşlılarda daha da belirgindir. Ancak bu yaş grubunda çok düşük sodyum alımı istenmeyen sonuçlar doğurabilir (hiponatremi, ortostatik hipotansiyon, iştahsızlık, malnütrisyon). Bu nedenle sadece çok yüksek tuz tüketimi (>10 g/gün) varsa azaltılması önerilir.

10. 80 yaş ve üzeri hastalarda antihipertansif tedaviye nasıl başlanmalı ve tedavi nasıl yoğunlaştırılmalı?

80 yaş ve üzeri yaşlılarda kırılğanlık değerlendirmesi kritik önemdedir. Fit olanlar 65–79 yaş aralığındaki hastalar gibi ele alınabilir. Ancak ciddi kırılğan/ bağımlı olanlarda komorbiditeler dikkate alınarak tedavi yüksek derecede bireyselleştirilmelidir.

SBP \geq 160 mmHg olanlarda tedavi başlanmalıdır. Fit bireylerde daha düşük eşik (SBP \geq 140 mmHg) değerlendirilebilir. Genel tedavi hedefi SBP: 140–150 mmHg SBP olmakla beraber fit ve tolere edebilenlerde 130–139 mmHg'dir (DBP <70 mmHg ise dikkatli olunmalı).

Genel kural olarak özellikle kırılğan ve ileri yaştakilerde tedaviye monoterapi ile başlanmalıdır. Çok fit ve yüksek KV riski olan hastalarda başlangıçta düşük doz kombinasyon tedavisi düşünülebilir.

Doz artırımında (uptitration) kanıta dayalı net veriler yok. Ancak tedavi arttırmada aşırı çekimser kalınmamalıdır. Genel kural olarak gençlere göre daha yavaş tempo ile doz artırımı yapılmalıdır.

11. Antihipertansif ilaçlarla ilgili özel önlemler/sorunlar nelerdir?

Spesifik bir endikasyon yoksa beş ana ilaç grubunun (ACEİ, ARB, CCB, tiyazid/benzeri diüretikler, beta-blokerler) hepsi kullanılabilir; uzun dönem fayda/zarar açısından aralarında belirgin fark yoktur.

Yan etkiler ilaç gruplarına spesifik olabilir veya kan basıncı düşüşü ile ilişkilidir (düşme, senkop gibi). Bu olumsuz olaylar her yaşta insanı etkileyebilse de, polifarmasi ve böbrek fonksiyonlarında azalma gibi bu durumlar için altta yatan risk faktörlerindeki artış nedeniyle, görülme sıklığı yaşlı yetişkinlerde çok daha yaygındır.

Ortostatik hipotansiyon yaygın bir yan etkidir ve düşme/senkop gibi majör bir yan etki gelişene dek semptomsuz olabilir. Bu nedenle yaşlılarda 1. ve 3. dakikalarda ayakta BP ölçümü semptom olmasa bile sistematik olarak yapılmalıdır.

--Beta-bloker: yorgunluk ve uyku bozukluğu (insomnia ve tuhaf rüyalar), depresyon

--ACEİ/ARB/MRA: hiperkalemi

--Diüretikler: hiponatremi, hipokalemi, gut, üriner inkontinansta artışı

--Alfa blokerler/merkezi etkili antihipertansifler/vazodilatörler: ortostatik/postprandiyal hipotansiyon, senkop

--Kalsiyum kanal blokerleri: alt ekstremitte ödemi, yürüme güçlüğü, düşme riski.

Furosemid ve metoprolol antikolinergik etkilerine bağlı olarak özellikle diğer antikolinergiklerle beraber kullanıldıklarında bilişsel bozulma ve deliryum riskinde artışa yol açabilir.

12. Antihipertansif tedavi hangi durumlarda azaltılabilir?

Eğer tedavinin yararları olası zararlarına göre daha az ise, klinisyenler antihipertansif tedaviyi doz azaltma ve/veya ilacı kesme yaklaşımı ile azaltmayı düşünebilirler. Bu, genellikle ilacın neden olduğu düşünülen bir advers olaydan sonra yapılır. Kişide önemli senkop, düşme, akut böbrek hasarı veya hiperkalemi veya hipokalemi gibi elektrolit anormallikleri görülürse ilaçların kesilmesi düşünülebilir. Ayrıca, ESH 2023 kılavuzlarında 120 mmHg'nin altında olarak tanımlanan düşük SBP'ye sahip yaşlı bireylerde antihipertansif reçetenin kesilmesi düşünülebilir.

Kaynakça:

Bahat G, Ribeiro H, Sheppard JP, Bogaerts JMK, Camafort M, Dallmeier D, De Backer T, Desideri G, Olszanecka A, Persu

A, Protogerou A, Rajzer M, Virdis A, Ungar A, Weber T, Benetos A; ESH Working Group on Hypertension in older adults. Twelve hot questions in the management of hypertension in patients aged 80+ years and their answers with the help of the 2023 European Society of Hypertension Guidelines. *J Hypertens*. 2024 Nov 1;42(11):1837-1847. doi: 10.1097/HJH.0000000000003844. Epub 2024 Sep 4. PMID: 39253803.