.

Güncel Hipertansiyon Kılavuzları Arasındaki Farklı Noktalar

Doç. Dr. Erdal Belen

Hipertansiyon; kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalığı ve erken ölüm gibi durumlarla ilişkili olup sağlık ve ekonomi alanında önemli bir yük oluşturmaktadır. Türkiye'de erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %31,8 olarak, 4 yıllık insidans hızı ise %21,4 (>65 yaşta %43.3) olarak belirlenmiştir.
Bütün hipertansiyon kılavuzlarının temel amacı kan basıncını belli hedef değerlerde tutarak kardiyovasküler kötü sonlanımları engellemektir. Bu amaçla yayınlanan belli başlı kılavuzlar 2013 yılında European Society Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC), 2011 yılında National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014 yılında Joint National Committee (JNC 8), 2015 yılında Canadian Hypertension Society olarak sıralanabilir. Bu kılavuzlar dışında birçok ülkenin ulusal öneri algoritmaları bulunmaktadır. Avrupa ve Kanada kılavuları hipetansiyonun tanı, korunma ve tedavisini ayrıntılı olarak detaylandırırken diğer kılavuzlar daha çok hedef değerler ve tedavi stratejisi üzerinde durmuşlardır. Kılavuzlar arasındaki bazı önemli farklılıklar günlük pratiğinde klinisyenlerin kafasını karıştırabilmektedir. Bu derlemenin amacı, kılavuzlar arası klinikte önem arz edebilecek önemli farklılıkları kısaca vurgulamaktır. En sonunda da Türk Kardiyoloji Derneği arşivi dergisi tarafından yayınlanan Türk Hipertansiyon Uzlaşı raporunun ve en son yayınlanan 2017 AHA/ACC Hipertansiyon kılavuzunun mevcut kılavuzlardaki karmaşık noktala konusunda ne önerdiklerine değinilecektir.

Diyagnostik Değerlendirme:
Kan basıncı ölçümleri: Tüm kılavuzlarda valide edilmiş aneroid ve osilometrik cihazlar ile ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçümleri sonucunda hipertansiyon tanısı konulması önerilmektedir. Sadece Kanada kılavuzunda aneroid cihazlar yerine osilometrik otomatik cihazlar önerilmektedir. Ayrıca NICE kılavuzu ofis kan basınçları yüksek ise hipertansiyon tanısı için ambulatuvar kan basıncı ölçümünü (AKBÖ) önermektedir. Avrupa ve Kanada kılavuzlarında AKBÖ değerlerine göre uyanık dönemde SKB≥ 135 mmHg veya DKB≥ 85 mmHg ya da tüm gün ortalaması SKB≥ 130 mmHg veya DKB ≥80 mmHg üzeri olmasının hipertansiyon teşhisi için yeterli olduğu belirtilmiştir.

Fizik muayene ve laboratuvar testleri: ESC kılavuzu gerek fizik muayene gerekse etyoloji ve uç organ hasarının tespiti için yapılacak laboratuvar testlerini ayrıntılı olarak anlatmaktadır. Kılavuzlar hastaları risk kategorisine ayırmakta ve tedaviye genelde bu kategorileri göz önüne alarak başlamayı önermektedir. ESC kılavuzu SCORE , NICE kılavuzu QRISK, Kanada ve Amerika kılavuzu FRAMINGHAM skorlarını önermektedir.

Hedef Kan basıncı değerleri:
Genel popülasyonda kan basıncı hedef değerleri 140/90 mmHg olmakla birlikte komorbiditeleri olan hasta gruplarında tedavi hedef değerleri açısından kılavuzlar arası farklılıklar mevcuttur.

İleri yaş hasta grubunda hem yaşlı hasta sınıfına girecek hastaların seçiminde hem de hedef tedavilerde farklılıklar bulunmaktadır. ESC, NICE ve Kanada kılavuzları 80 yaş üstündekilerde 150/90 mmHg, JNC 8 kılavuzu ise 60 yaş üstünde 150/90 mmHg hedef değerleri belirtmektedir. Bununla birlikte 2018 sonlarında yayınlanması planlanan yeni ESC hipertansiyon kılavuzunda kan basıncı hedef eşik değerlerinin düşürülerek, 65 yaş altında 130/80 mmHg ve 65 yaş üstünde 140/90 mmHg olarak revize edileceği beklenmektedir.

Diyabetik hasta grubunda ESC kılavuzu 140/85 mmHg , JNC 8 140/90 mmHg, Kanada kılavuzu 130/80 mmHg ve ADA 140/80 mmHg değerlerini belirtirken NICE kılavuzu herhangi bir hedef değer göstermemiştir.

Kronik böbrek yetersizliği olanlarda tüm kılavuzlar 140/90 mmHg hedef değerini verirken, prtoteinüri eşlik ederse ESC ve Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) kılavuzları 130/80 mmHg hedef değerini işaret etmektedir.

Hayat tarzı değişiklikleri:
ESC, Kanada ve NICE kılavuzları ayrıntılı olarak aerobik egzersizi önerirken, NICE kılavuzu ayrıca stresin azaltılmasını önermektedir.

ESC kılavuzu vücut kitle indeksi için 25 kg/m2 yi üst sınır gösterirken Kanada kılavuzu 18,5-24,9 kg/m2 olarak aralık vermektedir. Tüm kılavuzlar meyve , sebze ağırlıklı diyeti önermekle birlikte İngiltere kılavuzu günlük sodyum alımının düşük olmasını , Kanada ve Avrupa kılavuzları ise günlük 5 gr sodyum alımının geçilmemesini öneriyor. Tüm kılavuzlar sigaranın bırakılmasını ve alkol alımının azaltılmasını öneriyor.

İlaç tedavisi:
ESC ve Kanada kılavuzları ilaç seçiminde ilk aşamada temel 5 grup ilacı (tiazid diüretikler, beta blokerler (BB), kalsiyum kanal blokerleri (KKB), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ) ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)) ayrım yapmadan önermektedir. JNC 8 siyahi olmayanlarda BB hariç diğer 4 grup ilacı önerirken, siyahilerde diüretik ve KKB lerini ilk aşamada önermektedir. NICE kılavuzu 55 yaş altında ACEİ veya ARB, 55 yaş üstünde KKB lerini ilk aşamada

önermektedir.

Hernekadar temel amaç kan basıncında düşüş olsa da bazı komorbiteye sahip hastalarda farklı antihipertansif ilaç gruplarının seçilmesi önerilebilmektedir. Temel bazı komorbiditelerde kılavuzlar arası farklı öneri Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Komorbidite ye sahip hastalarda kılavuzların ilaç önerileri

Komorbidite	**Kılavuz**	**İlaç sınıfı**
Diyabet	ESC Kanada	ACEİ,ARB Tiyazid diüretik, ACEİ,ARB, KKB
KBY	ESC	ACEİ,ARB
İnme	ESC Kanada	Tiyazid diüretik, ACEİ,ARB, KKB Tiyazid diüretik, ACEİ
KAH	ESC Kanada	BB,KKB ACEİ,ARB
LVH	ESC Kanada	Tiyazid diüretik, ACEİ,ARB, KKB ACEİ,ARB

Türk Hipertansiyon Uzlaşı raporu
Türk Hipertansiyon Uzlaşı raporunda tanı, diyagnostik inceleme, diyet ve yaşam stili modifikasyonu açısından diğer kılavuzlarla benzerdir. Tedavi hedefi açısından genel popülasyonda, diyabetiklerde, koroner arter hastalığında ve proteinürisi olmayan KBY hastalarında tedaviye başlama sınırı 140/90 mmHg olarak belirlenmiştir. 80 yaş üstü hastalarda tedavi başlama değeri SKB≥160 mmHg ve 65 yaş üstü hastalarda ilk tercih KKB veya diüretik olarak belirtilmiştir.

ACC/AHA 2017 kılavuzu
Bu kılavuz 2003 yılında yayınlanan JNC 7 nin uptade edilmiş şeklidir. Diğer kılavuzlardan farklı olarak hem kardiyovasküler olay yaşayanlarda hem de kardiyovasküler olay yaşamasa da ASCVD risk skoru ≥%10 olanlarda SKB≥ 130 mmHg ve/veya DKB≥ 80 mmHg değerlerini hipertansiyon tedavisine başlanılması açısından eşik değer olarak belirtmiştir. Hatta artmış ASCVD riski olmayıp HT tedavisi alanlarda tedavi hedeflerinin <130/80 mmHg olmasının mantıklı olduğunu savunmaktadır. ASCVD risk skoru %10≥ olanlarda tedaviye başlama endikasyonu ise 140/90 mmHg olarak belirlenmiştir. Başlangıç tedavisi olarak tiyazid diüretik, ACEİ, ARB ve KKB önerilirken BB ikinci sırada önerilemektedir. KBY ve DM hastalarında tedaviye başlama kriterleri SKB≥ 130 mmHg ve/veya DKB≥ 80 olarak belirlenmiştir. Yaşlı hastalar konusunda ise ≥65 olanlarda SKB≥ 130 mmHg değerini hem tedaviye başlama sınırı hem de hedef değer olarak belirtmiştir.