.

2024 ESC Yükselmiş Kan Basıncının ve Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzunda Tanım ve Sınıflamadaki Yenilikler

Dr. Etga KÖPRÜCÜ, Dr. Hülya ÇİÇEKÇİOĞLU

2024 ESC Yükselmiş Kan Basıncının ve Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzunda Tanım ve Sınıflamadaki Yenilikler

Dr. Etga KÖPRÜCÜ, Dr. Hülya ÇİÇEKÇİOĞLU
Ankara Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği

2024 ESC "Yükselmiş Kan Basıncı ve Hipertansiyonun Yönetimi" kılavuzu bir önceki kılavuzdan farklı olarak başlıktaki arteryel ifadesini çıkarttı ve başlığa "yükselmiş kan basıncı" ifadesini ekledi. Bunun nedeni, kan basıncına (KB) atfedilebilen kardiyovasküler hastalık (KVH) riskinin kan basıncı ile sürekli ve log-lineer bir ilişki içinde olması olarak gösterildi. Ayrıca daha önce diğer kılavuzlardaki normotansiyon, yüksek normal, grade 1-2-3 hipertansiyon sınıflaması kaldırılarak kan basıncı yükselmemiş, yükselmiş ve hipertansiyon olarak üç gruba ayrıldı. Kadınlar arasında daha düşük KB'lerde bile KVH için göreceli riskin artmaya başlaması nedeniyle, normal KB, optimal KB veya normotansiyon gibi terimlerden özellikle kaçınılmıştır.
Kılavuzda kan basıncı ölçümünde doğrulanmış ve kalibre edilmiş cihazlarla ve doğru ölçüm tekniklerıyle ölçüm yapılması vurgulanmaktadır. Bu cihazların listesine www.stridebp.org ya da www.validatebp.org sitelerinden bakılabilir. Hem beyaz önlük hem de maskeli hipertansiyonu tespit edebildiği için ofis dışı kan basıncı ölçümleri önerilmektedir. Ofis dışı ölçümler lojistik ve/veya ekonomik olarak mümkün olmadığında, tanının doğru standart ölçüm tekniği kullanılarak tekrarlanan ofis KB ölçümleriyle doğrulanması önerilmektedir. Giyilebilir, bilek tabanlı, manşetsiz, yeni teknolojik cihazların rutin klinik kullanımı şu anda önerilmemektedir.
Çoğu otomatik osilometrik cihaz atriyal fibrilasyonda KB ölçümü için doğrulanmadığından atriyal fibrilasyonda KB ölçümünün mümkünse manuel oskültasyon yöntemi kullanılarak ölçülmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir. Ayrıca yüksek KB veya hipertansiyonun ilk tanısında ve sonrasında düşündürücü semptomlar ortaya çıkarsa ortostatik hipotansiyon (5 dakika yattıktan veya oturduktan sonra ayağa kalkınca 1. veya 3. dakikada KB'de ≥20 mmHg sistolik ve/veya ≥10 mmHg diyastolik düşüş) için bir değerlendirme önerilmektedir.
Ofiste ≥140/90 mmHg ölçüm değeri hipertansiyon, 120/70-140/90 mmHg arası ölçüm değeri yükselmiş kan basıncı ve <120/70 mmHg kan basıncı değeri ise yükselmemiş kan basıncı olarak tanımlanmaktadır. Ofis ölçümleri ile tanı koymadan önce beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon dışlanmalıdır. Beyaz önlük hipertansiyonu, ofis kan basıncı ölçümü ≥140/90 mmhg iken ev ölçümlerinin <135/85 mmHg veya ambulatuar ölçümlerin <130/80 mmHg olmasıdır. Maskeli hipertansiyon ise, ofis kan basıncı ölçümünün
<140/90 mmhg iken ev ölçümlerinin ≥135/85 mmHg veya ambulatuar ölçümlerin ≥130/80 mmHg olmasıdır. Evde kan basıncı ölçümlerinin ortalaması ≥135/85 mmHg ise hipertansiyon, 120/70-135/85 mmhg arası ise yükselmiş kan basıncı ve <120/70 mmHg ise yükselmemiş kan basıncı olarak tanımlanır. Ambulatuar kan basıncı ölçümlerinin ortalaması ≥130/80 mmHg ise hipertansiyon, 115/65-130/80 mmHg arası ise yükselmiş kan basıncı, <115/65 mmHg ise yükselmemiş kan basıncı olarak tanımlanır (Tablo 1).
Tablo 1. Ofis, ev ve ambulatuar kan basıncı (KB) ölçümlerinin karşılaştırılması.

	Ofis KB (mmHg)	Ev KB (mmHg)	Gündüz Ambulatuar KB (mmHg)	24 Saatlik Ambulatuar KB (mmHg)	Gece Ambulatuar KB (mmHg)
Yükselmemiş KB	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65	<110/60
Yükselmiş KB	120/70-	120/70-	120/70-	115/65-	110/60-
	140/90	135/85	135/85	130/80	120/70
Hipertansiyon	≥140/90	≥135/85	≥135/85	≥130/80	≥120/70

Hipertansiyonu olan birçok hastanın KVH olayları için tahmini 10 yıllık riski ≥%10 olacağından bu durum 'yükselmiş KB' durumunda KB düşürücü tedavinin dikkate alınmasını gerektirecek kadar yüksek bir risk olarak kabul edilmiş ve dolayısıyla

tedavi için sadece hipertansiyon eşiğinin kullanılması birçok yüksek riskli hastanın yetersiz tedavi almasına yol açacağından yükselmiş kan basıncı durumunda dahi kan basıncı tedavisi gerektiren bazı yüksek riskli durumlar tanımlanmış. Bunlar, aterosklerotik kalp hastalığı (ASKH), kalp yetersizliği, orta ya da ciddi kronik böbrek hastalığı, hipertansiyon aracılı organ hasarı, tip 1 veya 2 diabetes mellitus (>60 yaş), ailesel hiperkolesterolemidir. Bu yüksek riskli durumlara sahip olmayan hastalarda SCORE2, SCORE 2-OP, SCORE2-Diabetes gibi risk tahmin modelleri kullanılması gerektiği ama bu risk tahmin modellerinin 'geleneksel olmayan' KVH risk faktörlerini (Risk değiştiriciler, Tablo 2) içermediğinden yükselmiş kan basıncına sahip ve 10 yıllık tahmini KVH riski %5 ile <%10 arasında olan bireylerde, geleneksel olmayan KVH risk değiştiricilerinin de kullanılması gerektiği öneriliyor.

Tablo 2. Risk Değiştiriciler

Cinsiyete Özgü Olanlar	**Ortak Olanlar**
Gestasyonel diabetes	Yüksek riskli etnik köken
Gestasyonel hipertansiyon	Ailede prematür başlangıçlı ASKH
Preeklampsi	Sosyoekonomik yoksunluk
Preterm doğum	Otoimmün inflamatuar hastalık
Bir ve üzeri ölü doğum	Ciddi mental hastalık
Tekrarlayan düşük	HIV

Hipertansiyon taramasındaki üç yöntem: Sistematik tarama, fırsatçı tarama, kendi-kendine ölçüm ile taramadır. Birçok çalışma, fırsatçı taramanın hipertansiyon tespitini artırdığını göstermiş olmasına karşın tek bir ziyaretteki ofis ölçümlerinin kullanımının hipertansiyon için özgüllüğü düşüktür. Bundan dolayı yükselmiş kan basıncı ve hipertansiyon tanısı için evde ölçümler, ambulatuar ölçümler ya da tekrarlayan ofis ziyaretlerindeki ölçümler ile yeniden değerlendirme önerilmektedir. Hipertansiyon taraması neticesinde yükselmemiş kan basıncına sahip 40 yaş altı bireylerin en az üç yılda bir, 40 yaş ve üzeri bireylerin en az yılda bir taranmaya devam edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kan basıncı ≥180/110 mmHg saptanan hastaların hipertansif aciller açısından değerlendirilmesi önerilmektedir.
KB düşürücü tedaviye uyumsuzluk, kardiyovasküler olay riski ile ilişkili olduğundan ilaçların kan veya idrar örneklerinde tespit edilmesi ve doğrudan gözlemlenen tedavi (ABPM sırasında ilaç alımının şahsen izlenmesi) gibi objektif uyum değerlendirme yöntemleri, potansiyel yararlılıkları nedeniyle düşünülmelidir. KB düşürücü tedaviye uyumsuzluk birçok faktöre bağlıdır. Etkili hasta-hekim iletişimi, uyumu artırmak için kritik öneme sahiptir. Tekli hap kombinasyonları, KB düşürücü tedavilerde sürekliliği artırır ve tüm nedenlere bağlı ölümlerde azalma ile ilişkilidir.
Yükselmiş kan basıncı veya hipertansiyonu olan bir hastanın ilk muayenesinde rutin testlerin yapılması önerilir. Yükselmiş kan basıncı veya hipertansiyonu olan bir hastanın ilk muayenesinde hipertansiyon kaynaklı organ hasarının veya yerleşik kardiyovasküler hastalığın kliniği varsa bunları değerlendirmek için opsiyonel testler kullanılabilir (Tablo 3).

Tablo 3. Rutin ve Opsiyonel Testler

Rutin Testler	**Opsiyonel Testler**
Açlık Kan Şekeri (yüksekse Hba1c)	Ekokardiyografi
Serum lipidleri (LDL, HDL, Trigliserid, nonHDL, total kolesterol)	Koroner kalsiyum skoru
Sodyum, potasyum, hemoglobin, hemotokrit, kalsiyum, TSH	Karotis ya da femoral arter ultrasonografisi
Kreatinin, eGFR, idrarda albümin-kreatinin oranı	Karotis-femoral ya da Brakiyal-ankle nabız dalga velositeleri

EKG	Ankle-brakial indeks
	Abdominal ultrasonografisi
	Fundoskopi