

# Kanada Hipertansiyon Kılavuzu: Yetişkinlerde birinci basamakta hipertansiyon tanı ve tedavisi

Dr. Uğur Karagöz

## Kanada Hipertansiyon Kılavuzu: Yetişkinlerde birinci basamakta hipertansiyon tanı ve tedavisi

Dr. Öğr. Üyesi: Uğur KARAGÖZ

Katip Çelebi Üniversitesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

Hipertansiyon, Kanada'nın en önde gelen değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörüdür ve yaklaşık her 4 yetişkinden 1'ini etkilemektedir. Tarihsel olarak, Kanada hipertansiyon yönetiminde başarılı olmasına rağmen son zamanlarda tedavi etkinliğindeki gerilemeler, tutarsız kan basıncı hedefleri, karmaşık kılavuzlar ve birinci basamakta yetersiz uygulama nedeniyle endişe yaratmaktadır. Bu durumu ele alan Kanada Hipertansiyon Birliği, DSÖ'nün HEARTS çerçevesindeki önerileri entegre ederek birinci basamak tedaviyi vurgulayan basitleştirilmiş iki bölümlü bir kılavuz hazırlamıştır. HEARTS -ilk olarak Kaiser Permanente tarafından geliştirilip hipertansiyon kontrol oranlarını önemli oranda artırmıştır ve yerel durumlara uyarlanabilen pratik, kanıta dayalı protokoller önermektedir. Bu Kanada uyarlamasıyla, birinci basamakta hipertansiyon teşhisi ve yönetiminin kolaylaştırılması ve nihayetinde ulusal düzeyde kardiyovasküler hastalık yükünün azaltılması hedeflenmektedir.

### Hipertansiyon tanısı:

Yakında yayınlanacak olan kapsamlı Hypertension Canada tavsiyelerine pratik bir katkı olarak hazırlanan bu kılavuz, GRADE sistemi kullanılarak geliştirilmiştir ve birinci basamak sağlık hizmeti verenleri (aile hekimleri, pratisyen hemşireler, hemşireler, eczacılar), politika oluşturucuları ve hastaları/bakıcıları (ayrı bir kılavuza sahip olan çocuklar ve hamileler hariç) hedeflemektedir. Onaylanmış otomatik cihazlar kullanımı önerilmektedir. Bu cihazların tercih edilmeyeceği gruplar kalıcı ve yoğun aritmisi olanlar, çocuklar ve gebe kişilerdir. Standartlaştırılmış bir protokol (5 dakikalık dinlenmenin ardından 1 dakikalık aralıklarla üç ölçüm, ortalama) ile doğru kan basıncı ölçümü (Şekil 1), beyaz önlük ve maskelenmiş hipertansiyonu tespit etmek için ofis dışında doğrulayıcı takip (ABPM veya HBPM) ve süregelen kardiyovasküler riski yansıtacak şekilde aşağı çekilmiş  $\geq 130/80$  mm Hg tanı eşiğini vurgulamaktadır. Tanı konulduktan sonra, genel kardiyovasküler risk sınıflandırması ve son organ hasarı için rutin testler yapılması önerilmektedir. Her ne kadar uygulanabilirlikle ilgili zorluklar (cihaz bulunabilirliği, eğitim) göz önünde bulundurulsa da, komite uzun vadeli komplikasyonları önlemek için ölçüm hassasiyetine ve erken müdahaleye öncelik vermektedir. Aşağıdaki Tablo 1'de birinci basamakta hipertansiyonun tanı ve tedavisine ilişkin temel tavsiyeler, her önerinin gücü ve destekleyici kanıtların kesinliği ile birlikte özetlenmektedir.

### Hipertansiyon tedavisi:

Bu kılavuz, birinci basamakta hipertansiyonun yönetimi için pratik tavsiyeler içermektedir. Kılavuz, yaşam tarzı değişiklikleri ve bireysel hasta gereksinimlerine göre özelleştirilmiş farmakolojik tedavilere vurgu yapmaktadır.

- Yaşam tarzı değişiklikleri:** kardiyovasküler morbidite ve mortalite üzerinde önemli etkisi nedeniyle hipertansiyon tanısı alan tüm yetişkinler için vazgeçilmezdir. Hastalara, sodyumun başlıca kaynakları olan işlenmiş gıdaları mümkün olduğunca azaltarak günlük sodyum alımını 2 gramın altına düşürmeleri konusunda tavsiyede bulunulmalıdır. Meyve ve sebzeler yoluyla günlük potasyum alımını 3,5 gramın üzerine çıkarmanın yararı olmakla birlikte, kronik böbrek hastalığı olan veya potasyum düzeylerini yükselten ilaçlar alan hastalarda dikkatli takip gereklidir. Obez (BMI  $\geq 30$ ) hipertansif bireylerde kilo kaybı, diyet veya ilaçlarla sağlanabilir ve kan basıncını önemli derecede düşürebilir, bu nedenle kilo kaybı şiddetle teşvik edilmelidir. Haftada en az 150-300 dakika düzenli aerobik egzersiz, kan basıncı kontrolünü önemli ölçüde iyileştirir. Ayrıca, özellikle günde üç veya daha fazla içki tüketen bireylerde alkol alımının azaltılması, doza bağımlı kan basıncı düşüşleri ile ilişkilidir. Sigara kullanımının bırakılması, kan basıncını doğrudan etkileyen etkisi sınırlı olsa da kardiyovasküler sağlık açısından geniş kapsamlı faydaları nedeniyle kuvvetle tavsiye edilir.
- Farmakoterapi Başlangıcı:** Farmakolojik tedavi, kan basıncı  $\geq 140/90$  mm Hg olan yetişkinlerde ve mevcut kardiyovasküler hastalığı, diyabeti, kronik böbrek hastalığı olan veya yaşlı ( $\geq 75$  yaş) olanlar dahil olmak üzere yüksek kardiyovasküler risk\* altında olup sistolik kan basıncı 130–139 mm Hg arasında olanlarda başlanmalıdır. İlaçlar her zaman yaşam tarzı değişikliklerini tamamlayıcı nitelikte olmalıdır ve yaşam tarzında başarılı değişiklikler, gelecekte farmakoterapinin azaltılmasına veya kesilmesine imkân verebilir. Sistolik kan basıncı 130–139 mm Hg arasında olan ve yüksek kardiyovasküler risk taşımayan hastalarda, ilk aşamada yaşam tarzı değişikliklerine vurgu yapılmalı ve 3–6 ay içinde yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

3. **Tedavi Hedefleri:** Hipertansiyon tedavisi, hasta tarafından iyi tolere edildiği sürece, sistolik kan basıncının 130 mm Hg'nin altında tutulmasını hedeflemelidir. Ancak, sistolik kan basıncı <120 mm Hg gibi agresif kan basıncı hedefleri, hipotansiyon, elektrolit anormallikleri, düşmeler ve akut böbrek hasarı gibi yan etki riskini artırabilir ve bu nedenle, kırılabilirlik, düşme riski ve ortostatik hipotansiyon gibi hastaya özgü faktörler dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.
4. **Başlangıç tedavisi:** Hipertansiyon için başlangıç tedavisi ideal olarak, iki tamamlayıcı ilaç sınıfını kombine eden düşük dozlu kombinasyon tedavisi, yani tek hap rejimi olmalıdır. Bu ilaçlar özellikle anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE'ler) veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB'ler), tiazid veya tiazid benzeri diüretikler ve uzun etkili dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri (CCB'ler)dir. Düşük doz kombinasyon tedavileriyle tedaviye başlanması, özellikle etkinlik, maliyet etkinliği, tolere edilebilirlik ve pratiklik açısından mevcut tercih edilen birinci basamak tedavi olarak irbesartan ve hidroklorotiazid kombinasyon tedavisi önerilmektedir.  $\beta$ -blokerler, komplike olmayan hipertansiyonun tedavisinde nispeten daha düşük fayda-risk oranına sahip oldukları için, genellikle kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü sonrası tedavi veya aritmi kontrolü gibi spesifik endikasyonları olan hastalar için kullanılmalıdır.
5. **Dirençli Hipertansiyon Yönetimi:** Üç ilaç kombinasyonunun (ACE inhibitörü veya ARB, tiazid veya tiazid benzeri diüretik ve kalsiyum kanal blokeri) maksimum tolere edilebilir dozlarına rağmen kan basıncı kontrol altına alınamayan hastalarda, spironolaktonun eklenmesi önerilir. Spironolakton, diğer dördüncü basamak tedavilere kıyasla kan basıncını düşürmede üstün etkinlik göstermiştir. Ancak, spironolakton reçete edilen hastalarda, özellikle kronik böbrek hastalığı olanlarda hiperkalemi riski arttığı için serum potasyumunun dikkatli bir şekilde izlenmesi gerekir. Dirençli vakalarda, hipertansiyonun ikincil nedenleri, özellikle primer aldosteronizm için tarama yapılması da önerilir.

---

### Şekil 1 :Optimal Kan Basıncı Ölçümü

---

### Şekil 2: Birinci basamakta hipertansiyon tanısı için önerilen algoritma.

ABPM = ambulator kan basıncı monitörü, KB = kan basıncı, HBPM = ev kan basıncı monitörü. \*Yıllık veya fırsatçı KB izlemeye devam edin. Maskelenmiş hipertansiyon şüphesi varsa muayenehane dışında BP değerlendirmesi yapın. †Mümkün değilse veya uygulanamazsa, ayrı bir ziyaret sırasında muayenehane BP değerlendirmesini tekrarlayın. ‡Hypertension Canada tarafından önerilen veya diğer onaylanmış ev tipi KB cihazlarını kullanın. §Yıllık veya fırsatçı KB izlemeye devam edin.

---

**Şekil 3:** Birinci basamakta hipertansiyon tedavisi için önerilen algoritma (gebelikte kullanım için uygun değildir). Not: KB = kan basıncı, KVH = kardiyovasküler hastalık, eGFR = tahmini glomerüler filtrasyon hızı, HCTZ = hidroklorotiazid, SKB = sistolik kan basıncı. \*Yüksek KVH riski olan durumlar arasında, Bilinen KVH (koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı), tip 1 veya tip 2 diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı (eGFR > 60 mL/dk/1,73 m<sup>2</sup> veya albüminüri  $\geq$  3 mg/mmol), 10 yıllık Framingham Risk Skoru  $\geq$  %20,62 ve yaş  $\geq$  75. †Mümkünse ve sigorta kapsamındaysa, başlangıçta tek hap kombinasyon tedavisi tercih edilir. Değilse, alternatif olarak 2 ayrı hap kullanılabilir, bu durumda tiazid diüretik yerine uzun etkili tiazid benzeri diüretik tercih edilir. Hastada semptomatik hipotansiyon riski yüksekse, tek ajanla tedaviye başlanması makul olabilir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin II reseptör blokerleri, hamile olan veya hamile kalmaya çalışan tüm bireylerde kullanılmamalı veya kesilmelidir. ‡Kanada'da mevcut uygun alternatif tek hap kombinasyonları için Tablo 2'ye bakınız. §Açıklanamayan, ani hipertansiyon kötüleşmesi, hipokalemi, adrenal nodül, abdominal üfürüm, hipertansiyon tedavisinden sonra akut böbrek hasarı, şiddetli veya malign hipertansiyon, genç yaşta hipertansiyon ve dirençli hipertansiyon dahil.

---

Kılavuzun uygulama stratejileri arasında birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının aktif katılımı, erişilebilir hasta destek araçları ve çevrimiçi olarak erişilebilen kapsamlı bilgi aktarım kaynakları bulunmaktadır. Kılavuzlar, sosyal medya, podcast'ler ve ulusal konferanslar gibi çeşitli platformlar aracılığıyla geniş çapta yaygınlaştırılarak hipertansiyon kontrolünün iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Bu kılavuzların benimseme düzeyi, web sitesi trafiği ve sağlık ölçütleri gibi belirli göstergeler aracılığıyla izlenecektir.

Kılavuz, Kanada'dan özel olarak toplanmamış kanıtlara dayanma ve Kanada'ya özgü kardiyovasküler risk hesaplayıcılarının bulunmaması gibi bazı kısıtlamaları kabul etmektedir. Ayrıca, tamamlayıcı kardiyovasküler risk azaltma tedavileriyle entegrasyon gibi hipertansiyon yönetiminin daha ayrıntılı yönlerinin, yakında yayınlanacak kapsamlı bir kılavuzda ayrı olarak ele alınacağı da belirtilmektedir.

Genel olarak, kılavuzun amacı açıktır: birinci basamakta pratik ve kanıta dayalı protokoller aracılığıyla nüfus düzeyinde hipertansiyon yönetimini iyileştirmek, kardiyovasküler morbiditeyi azaltmak ve sağlık hizmetlerinin sunumunu kolaylaştırmak.

### Kaynaklar:

Goupil R, Tsuyuki RT, Santesso N, Terenzi KA, Habert J, Cheng G, Gysel SC, Bruneau, J, Leung AA, Campbell NRC, Schiffrin EL, Hundemer GL. Hypertension Canada Guideline for the Diagnosis and Treatment of Hypertension in Primary Care. CMAJ 2025;