

TANI, SINIFLAMA VE SEKONDER HİPERTANSİYON

Dr. Uğur Karagöz

2025 AHA/ACC Yetişkinlerde Yüksek Tansiyonun Önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Yönetimi Kılavuzu

Dr. Uğur Karagöz

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TANI, SINIFLAMA VE SEKONDER HİPERTANSİYON

2025 hipertansiyon kılavuzu, Ocak 2025'e dek yapılan kapsamlı kanıt taramasına dayanır; risk temelli yaklaşımı merkeze alarak, klinik kardiyovasküler hastalığı olmayan hipertansif erişkinlerde tedavi başlama eşiği ve kan basıncı hedeflerini belirlemede PREVENT modelini, daha önceki yaklaşımlara tercih eder. Uygulamayı değiştirebilecek yeni kanıtlar ortaya çıktıkça ilgili bölümler dinamik biçimde güncellenecektir.

Kan Basıncının Tanımları ve Sınıflandırılması

Ht Bülten

kılavuz, yüksek kan basıncı ile kardiyovasküler risk arasında sürekli ve kademeli bir bağlantı olduğunu vurgulamakta, bununla birlikte klinik ve toplum sağlığı kararlarına rehberlik etmesi amacıyla ofis kan basıncını normal, yükselmiş ve evre 1 veya 2 hipertansiyon olmak üzere dört kategoriye ayırmaktadır.

Hastanın Değerlendirilmesi ve Tanı

Hipertansiyon, en sık düzeltilebilir kardiyovasküler risk etmenidir ve dünya genelinde başlıca ölüm ve engellilik nedenleri arasındadır. ABD'de 2017–2020 döneminde yetişkinlerin %46,7'si ($\geq 130/80$ mm Hg ya da antihipertansif tedavi kullanımı) hipertansiyon kriterlerini karşılamıştır; prevalans yaşa, cinsiyete ve ırk/etnik kökene göre değişmektedir. Kan basıncı yaşla olumsuz seyreder: sistolik basınç ileri yaşlara dek artarken, diyastolik basınç orta yaşa kadar yükselir, yaklaşık bir süre plato çizer ve ardından düşer. Orta yaşta yaşam boyu hipertansiyon riski %80–90 düzeyindedir; başlangıç erkeklerde ve Siyah/Hispanik bireylerde, Beyaz ve Çinli Amerikalılara kıyasla daha erkendir. Farkındalık, tedavi ve kontrol oranları tüm gruplarda hedeflerin gerisinde kalmakta ve yaş ile ırk/etnik köken temelinde belirgin farklılıklar göstermektedir. Ayrıca hipertansiyona çoğunlukla diğer risk etmenleri eşlik eder: ABD'de hipertansif yetişkinlerin %16,6'sı sigara içmekte, %72,6'sı fazla kilolu/obezdir; %12,3'ünde diyabet, %13,4'ünde kronik böbrek hastalığı vardır. Bu eşlik eden durumlar toplam kardiyovasküler riski daha da artırmaktadır.

Kan basıncı arttıkça kardiyovasküler risk yaklaşık log-lineer biçimde ve her +20/10 mm Hg'da iki kat artar; bu eğilim, düşük riskli bireylerde sistolik 90 mm Hg gibi düşük düzeylerde bile izlenebilir. Yüksek kan basıncı; toplam kardiyovasküler hastalık, koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, aort ve periferik arter hastalıkları, böbrek hastalığı, iskemik/hemorajik inme ile demans ve bilişsel bozuklukla ilişkilidir. Orta ve ileri yaşta sistolik hipertansiyon, diyastolik hipertansiyona kıyasla daha güçlü bir risk belirteçidir. Yaşla birlikte kan basıncı artışına bağlı göreceli risk azalsa da mutlak olay oranları yaşlılarda daha yüksektir. Bu bulgular, kan basıncının yükselmesini baştan engellemeye yönelik birincil korumanın önceliğini vurgular.

Ht Bülten

Ht Bülten

Ht Bülten

Ofis Dışı Kan Basıncı Monitörizasyonu

Ofis ölçümlerine dayalı yaklaşımlar tansiyonun taranması, hedefleri ve tedavisi için temel oluştursa da, ofis dışı ölçümler tanıyı doğrulama ve yönetimi iyileştirme açısından ek değer sağlamaktadır. Ambulatuvar ve evde ölçümler daha fazla sayıda ölçümle hastanın “gerçek/alışılmış” kan basıncını daha doğru ve hassas yansıtır.

Ambulatuvar KB izlemi (ABPM) genelde 24 saat boyunca otomatik ölçümlerle (gündüz 15–30 dk, gece 30–60 dk aralıklarla) toplam, gündüz ve gece ortalama KB'yi verir; nokturnal “dipping” derecesini ve sabah erken yükselişini saptar, değişkenliği değerlendirir ve hipotansiyonu tanıyabilir. Evde KB ölçümü (HBPM) ise hastanın osilometrik cihazla günler–haftalar boyunca yaptığı ölçümlerden dönem, gündüz ve akşam ortalamalarını üretir; gün içi ve günler arası değişkenliği ortaya koyar.

Ht Bülten

Şekil 2. Ev Kan Basıncı Ölçümü

Manşonsuz KB Ölçüm Cihazları

Kan basıncının geleneksel değerlendirmesi üst kol manşetli cihazlarla yapılırken; yeni ortaya çıkan manşetsiz teknolojiler—çoğunlukla giyilebilir/giyilebilir olmayan cihazlarda veya akıllı telefonlarda—nabız dalga hızı/geçiş süresi, nabız dalga analizi, hacim kısma ve aplanasyon tonometrisi gibi yöntemlerle kesintisiz ve fark ettirmeyen ölçümler sağlamayı amaçlar. Manşetsiz kan basıncı ölçümü ile osilometrik veya oskültatuar manşet tabanlı yöntemleri karşılaştıran çalışmalar, kabul edilebilir uyum açısından karışık sonuçlar ortaya koymuştur. Mevcut kısıtlılıklar arasında sensör teknolojilerindeki geniş çeşitlilik, doğrulama protokolleri, karşılaştırmalı ölçümler, ölçüm koşulları ve incelenen popülasyonlardaki farklılıklar yer alır.

**Hipertansiyon tanısı
Hipertansiyon Sebepleri**

Yükselmiş kan basıncı ve hipertansiyon, davranışsal, çevresel, hormonal ve genetik faktörlerin yaşam boyu süren bir etkileşiminden kaynaklanır. Diyet belirleyicidir—yüksek sodyum, düşük potasyum ve aşırı alkol başlıca etmenlerdir; lif, kalsiyum, magnezyum ve bitkisel protein alımının düşük olması da katkıda bulunur. Kilo alımı, fazla kiloluluk/obezite ve insülin direnci kan basıncını yükseltir ve sodyum duyarlılığını artırır; uyku bozuklukları ve psikososyal stres bunu kötüleştirirken, daha yüksek fiziksel aktivite ve zindelik bunu hafifletir. Çevresel maruziyetler (ör. Hava kirliliği, ağır metaller) riski daha da artırır. Kan basıncı yüksek derecede kalıtsal olmakla birlikte yüzlerce genetik lokus tanımlanmıştır; ancak her birinin etkisi küçüktür ve bilinen tüm varyantlar kan basıncı varyansının < %10'unu açıklar; bu nedenle genetik dışı ve gen–çevre etkileri daha baskındır.

Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon, Beyaz Önlük Etkisi ve Maskeli Kontrolsüz Hipertansiyon

Ofis dışı kan basıncı izlemi, temel hipertansiyon fenotipleri ayırır — beyaz önlük ve maskeli (tedavi edilmemiş) ile beyaz önlük etkisi ve maskeli kontrolsüz (tedavi edilmiş). ABPM'nin sonlanım verileri daha fazladır ve tedavi edilmemiş hastalarda beyaz önlük/maskeli hipertansiyonu dışlamak için tercih edilirken, HBPM pratiklik nedeniyle tedavi edilen hastalarda tercih edilir; çoğu çalışma ofis kan basıncına göre planlanmıştır ve bu fenotiplerin yönetilmesine ilişkin kanıtlar sınırlıdır.

Sekonder Hipertansiyon Türleri

Sekonder hipertansiyon, erişkin olguların yaklaşık %5–25'ini oluşturur; doğru tanı konup tedavi edildiğinde kan basıncı kontrolü belirgin ölçüde iyileşebilir ve KVH riski azalabilir. Yeni tanı alan özellikle eşlik eden sorunları olan hastalar öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle hedefe yönelik taramadan geçirilmelidir.

Primer Aldosteronizm

Primer aldosteronizm, otonom, uygunsuz derecede yüksek aldosterondan (sodyum tarafından baskılanmayan) kaynaklanan hipertansiyondur; hacim genişlemesine, düşük renine, sodyum retansiyonuna, potasyum kaybına ve organ hasarına yol açar. Artmış potasyum atılımı uzun süreli ve şiddetli olduğunda hipokalemiye yol açabilse de, olguların çoğunda hipokalemi yoktur ve normokaleminin primer aldosteronizm tanısı için negatif prediktif değeri düşüktür. Yaklaşık üçte ikisi bilateral adrenal hiperplaziden, üçte biri ise unilateral adenomdan kaynaklanır; hipertansiyon vakalarının yaklaşık %5-10'unu ve dirençli vakaların yaklaşık %20'sini oluşturur.