

Komorbid Hastalıklarda Hipertansiyon Yönetimi

Araş. Gör. Dr. Hasibe Şahin

Küplüpnar Aile Sağlığı Merkezi

Bursa Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği ABD

Moderatör: Uzm.Dr. Canan Tuz

Sunum Planı

- Hipertansiyon (HT) özeti
- Özel gruplarda HT yönetimi
 - Yaşlılar
 - Gebeler
 - Koroner Arter Has. (KAH)
 - Kronik Böbrek Yet. (KBY)
 - Diyabetes Mellitus 2 (DM)
- OLGU örnekleri
- Özet



Ölçemediğiniz Şeyi Yönetemezsiniz!

Hipertansiyonun **ölüme yol açan** risk faktörleri arasında **ilk sıradadır**. Bu durumun iki temel nedeni vardır:

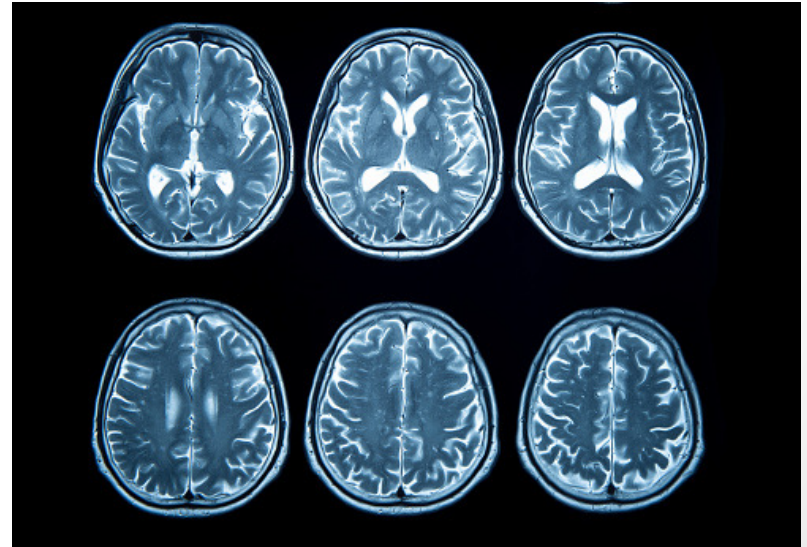
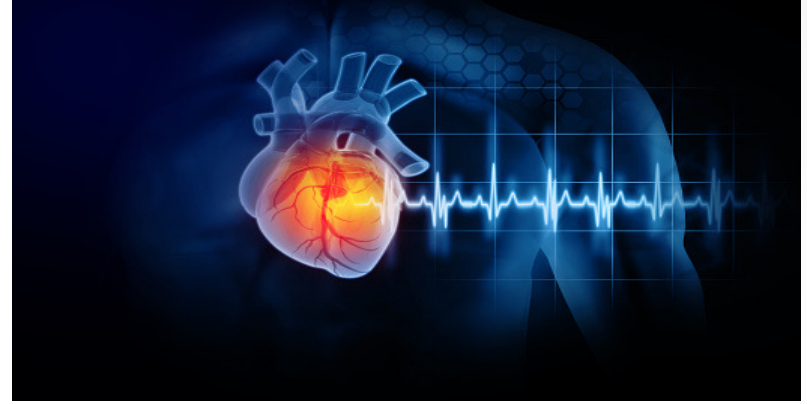
1.Hipertansiyon erişkinlerde **en sık** görülen kronik hastalık risk faktörüdür.

2.Hipertansiyon oldukça “**sessiz**” bir sağlık sorunudur.

Bu nedenle gerek tespit edilmesinde gerekse tedavisinin sürdürülmesinde “belirtisiz oluşu” nedeni ile gecikmeler ve sorunlar yaşanmaktadır.

Hipertansiyon önemli bir tehdit

- Kalp damar hastalıkları
- Serebrovasküler olaylar
- Böbrek hastalığı
- Erken ölüm
- Yeti yitimi



- Hipertansiyon konusunda toplumsal bilincin de artmasıyla tedavi başarısının artması için:
 - Hekimlerin erken teşhis etmesi,
 - Hastaların, yaşam tarzı değişikliklerini **uygulaması**
 - Medikal tedavinin zamanında, **etkin dozda**

başlanması gereklidir.

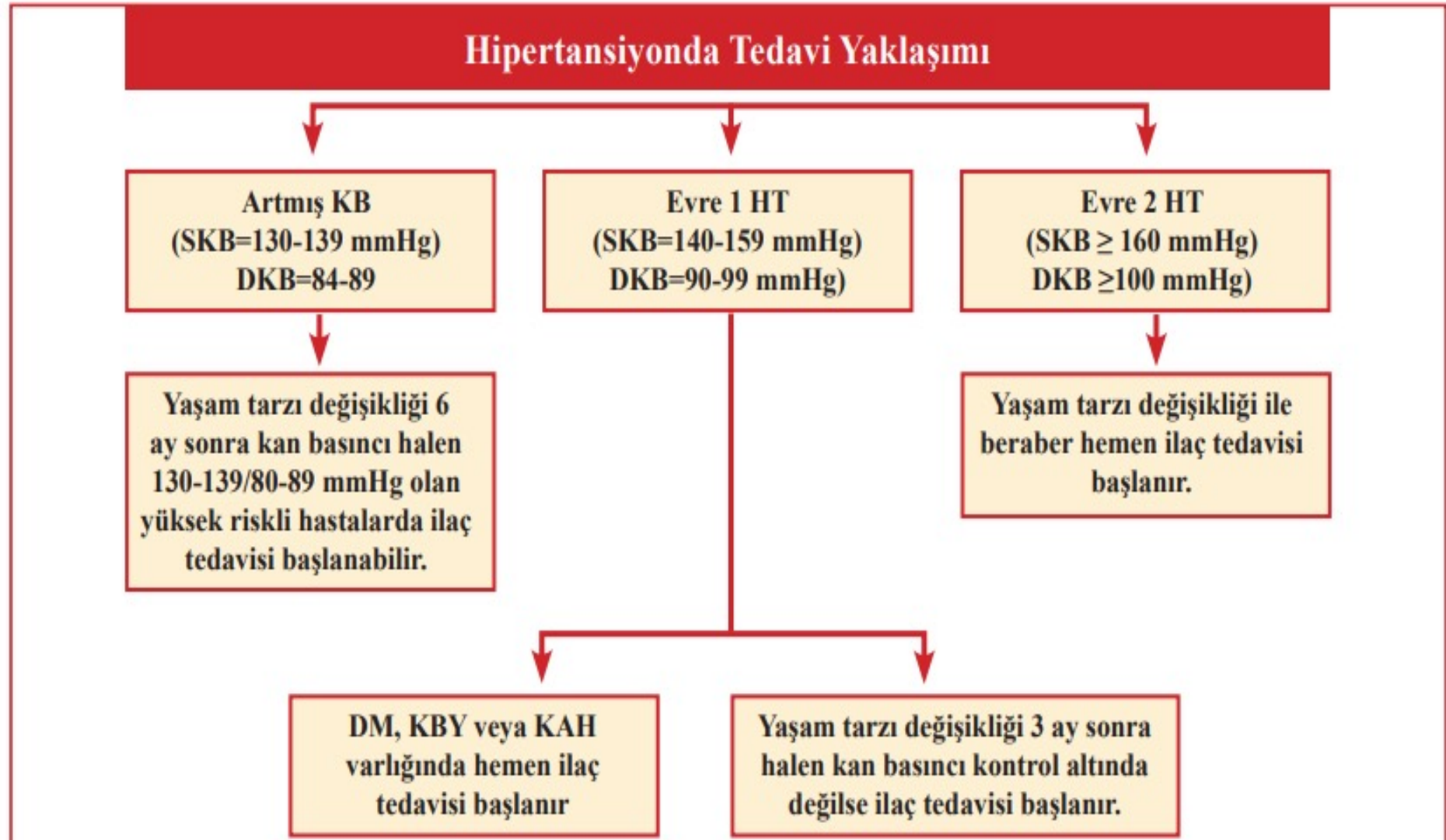
Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu (THURP)

Tablo 1.1. Klinik kan basıncı düzeylerine göre kan basıncı sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Hipertansiyon	\geq 140	ve/veya	\geq 90
Evre 1	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2	\geq 160	ve/veya	\geq 100

SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı.

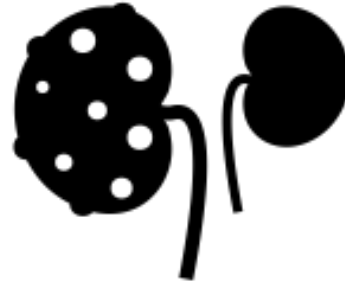
THURP 2019'un kan basıncı evrelerine göre genel antihipertansif yaklaşımı Şekil 3'de özetlenmektedir.



KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı; HT: Hipertansiyon; DM: Diyabetes mellitus; KBY: Kronik böbrek yetersizliği; KAH: Koroner arter hastalığı.

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON YÖNETİMİ

- Yaşlılar (65 yaş ve üzeri)
- Diyabetik hastalar
- Koroner arter hastalığı
- Kronik böbrek yetmezliği
- Gebelik ve laktasyon



Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetimi

- Yaşlılarda hipertansiyon tanı ve sınıflaması genç hasta gruplarından farklı değildir.
- **Önemli nokta :**

yaşlı hastaların eşlik eden başka hastalıkları olması, dolayısıyla POLİFARMASİ gerekliliği ile ortostatik hipotansiyona eğilimlerinin fazla olmasıdır.

Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetimi

- Çok yaşlı hastalarda (80 yaş ve üzeri) sıklıkla kırılabilirlik, yani düşme eğilimi ve düşüklük hali mevcuttur. Tedavi planlanması yapılırken bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.
- Yaşı ≥ 80 olan hastalarda tedavi başlama eşiği sistolik kan basıncı ≥ 150 mmHg, tedavi hedefi 130-140 mmHg'dir.

OLGU-1



- K.M.L 75 Yaş E Hasta
- Başvuru şikayeti yok
- Periyodik sağlık muayenesi

Özgeçmiş:

- KOAH (12 yıldır; budesonid; salmaterol)
- Demir eksikliği anemisi (2 aydır , ferröz sülfat)

Soygeçmiş:

- Ailede kanser öyküsü yok
- Sigara:+ ,Alkol:-

OLGU-1 Fizik Muayene

- Boy:179 cm Kilo:60kg belçevresi:79cm VKİ : 18,7
- **Kan Basıncı: sağ kol: 160/80mmHg sol kol:165/85mmHg**
- Nabız:85/dk (ritmik) Ateş: 36,4C
- Kalp sesleri olağandı, ek ses ve üfürüm saptanmadı.
- Periferik Nabızlar Açık
- Solunum Sesleri Doğaldı. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu. Ral yok ronküs yok.
- Diğer sistem muayeneleri olağandı.

NE YAPALIM?

OLGU-1

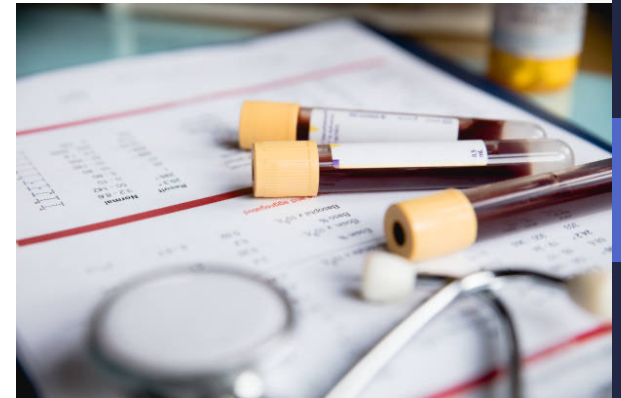


- EKG'si çekildi. EKG normal
- Kan tetkikleri:
 - TSH, Serbest T4, Serbest T3
 - Tam kan sayımı,
 - Elektrolitler
 - Lipid paneli,
 - Böbrek fonksiyon testleri (Bun, Kreatinin)
 - Açlık Glukozu ve HbA1c
- Hastanın idrarı strip ile değerlendirildi:
Lökosit (-) protein (-) eritrosit (-)

OLGU-1 Sonuçlar

2.gün klinik ölçüm :170/80mmHg ve tahlil sonuçları:

- Glukoz:140 mg/dl
- HbA1C: 5.2
- Üre: 36
- Kreatinin: 0,92
- K: 3,6
- Tam kan sayımı: Hg:11 rdw:21 mcv:68



OLGU-1 Tedavi

Primer hipertansiyon ön tanısı ile medikal tedavisi düzenlendi.

ACE İnhibitörü

perindopril 5 mg/gün başlandı.

- 1 hafta ölçüm ile takip edildi. TA: 140/80mmHg civarında seyretti. BUN/kreatinin kontrolünde herhangi bir anormallik saptanmadı.
- 1.ay da kontrole çağrıldı.

Yaşlılar

- Yaşı ≥ 65 olan hastalarda ilaç tercihinde
 - 4 grup ilaçtan(diüretikler, KKB, ACE inhibitörleri ve ARB) herhangi biri veya kombinasyonu başlanabilir.
 - ACE inhibitörü ve ARB beraber kullanılmamalıdır.
 - Özellikle düşük yaşlılarda veya ortostatik hipotansiyon riski olan yaşlılarda «düşük başla yavaş artır» uygula.
 - Loop diüretiklerden, alfa blokerlerden ortostatik hipotansiyon
 - Beta blokerlerden yan etkileri sebebiyle tercih edilmemelidir.

Diyabetik Hastalar

Diyabet hastalarında hipertansiyonun olası nedenleri;

- 1- Primer hipertansiyon
- 2- Diyabetik böbrek hastalığı (diyabetik nefropati)
- 3- Sekonder hipertansiyon nedenleri(Renal parankim hastalıkları ,Renal vasküler hastalıklar ,endokrin nedenler,ilaçlar)

Diabetes mellitusda, kan basıncı kontrolü ile minimal (5 mmHg) düşüşler bile

- inme riskinde %36,
 - major kardiyovasküler olay riskinde %25 ve
 - toplam mortalite riskinde %27 azalma sağlayabilir.
-
- **≥140/90 mmHg** ise ilaç tedavisine başlanmalıdır.

OLGU-2

N.A 66 Yaş Kadın

- Başvuru şikayeti yok
- Periyodik sağlık muayenesi yapıldı.

- **Özgeçmiş:**

DM2 (4 yıldır; DROPIA 30MG 2X1)

KAH (3 yıldır; Saneloc 50 MG 1x1 ,Ecopirin PRO 1x1)

- Katarakt ameliyatı 2018
- **Soygeçmiş:**
 - Ailede kanser öyküsü yok
 - Anne MI dan ex. Ablada HT (+)
- Sigara:- ,Alkol:-



OLGU-2 Fizik muayene

- Boy:162cm Kilo:65kg bel çevresi:84cm VKİ: 24,7
- Tansiyon ölçümü **sağ kol:160/85mmHg sol kol:165/85mmHg** KTA:77/dk SS: 16/dk Vücut ısı: 36,8C

Bu hastanın fizik muayenesinde neler bekleriz?

- Genel durumu iyi, koopere oriente, vital bulguları stabil
- Obez görünümde ve telaşlı görünümde
- Kalp sesleri olağandı, ek ses ve üfürüm saptanmadı.
- Solunum Sesleri doğaldı.
- Diğer sistem muayeneleri olağandı.
- Hasta için planımız nedir?

OLGU-2 Çözümleme

Tetkikler:

Hba1c: 7,1

Glukoz: 122 mg/dl

Kolesterol:220 mg/dl

Tsh: 2,7 iu/ml

Hemogram: normal

Evde kan basıncı takibi önerildi.

Haftalık ölçüm sonuçları: 150/70mmHg-165/80mmHg

- Tedavi başlandı: ACE inhibitörü (ramipril) 5 mg/gün



Diyabetik Hastalar

- Tedavide kan basıncı hedefi:
 - >65 yaş olgularda 130–140 mmHg/70-80mmHg
 - ≤65 yaş olgularda ise 120–130 mmHg/70-80mmHg
- Tedaviye tek ilaçla başlanacaksa; **ACE inhibitörü** veya **Angiotensin reseptör blokeri** grubu ilaçlardan birinin seçilmesi önerilir.

Koroner arter hastalığı

HT'da görülen KAH'ndan başlıca dört mekanizma sorumludur

- 1.Genetik yatkınlık
- 2.Hemodinamik değişiklikler
- 3.Endotel disfonksiyonu
- 4.Oksidatif stres ilişkili değişimler

HT'a neden olan mekanizmalar hedef organlarda da zarara neden olur.

- Koroner arter hastalığı (KAH) olan hipertansiflerde kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde olduğunda antihipertansif tedaviye başlanmalıdır.

Koroner arter hastalığı

Tedavide kan basıncı hedefi:

- >65 yaş olgularda 130–140 mmHg/70-80mmHg
- ≤65 yaş olgularda ise 120–130 mmHg/70-80mmHg

Koroner arter hastalığı olan hipertansif bireylerde medikal tedavi seçenekleri:

- beta bloker,
- ACE inhibitörü, ARB veya
- kalsiyum kanal blokeridir.

Kalp yetemezliği olan hastalarda aldosteron antagonistleri ve diüretik tedavilerden yararlanılabilir.

Kronik Böbrek Hastalığı

Hipertansiyonun tedavisi, KBH hastalarında ilerleyici böbrek fonksiyon kaybından korunmak için önemlidir.

- Kronik böbrek hastalarında kan basıncının günlük diüurnal ritmi bozulmuştur ve çoğu hastada normalde KB'deki gece beklenen düşme gerçekleşmez. Bu durum ilaçların alım zamanlamasında göz önüne alınmalıdır.
- Kan basıncı **$\geq 140/90$ mmHg** ise ilaç tedavisine başlanmalıdır.

Tedavide kan basıncı hedefi:

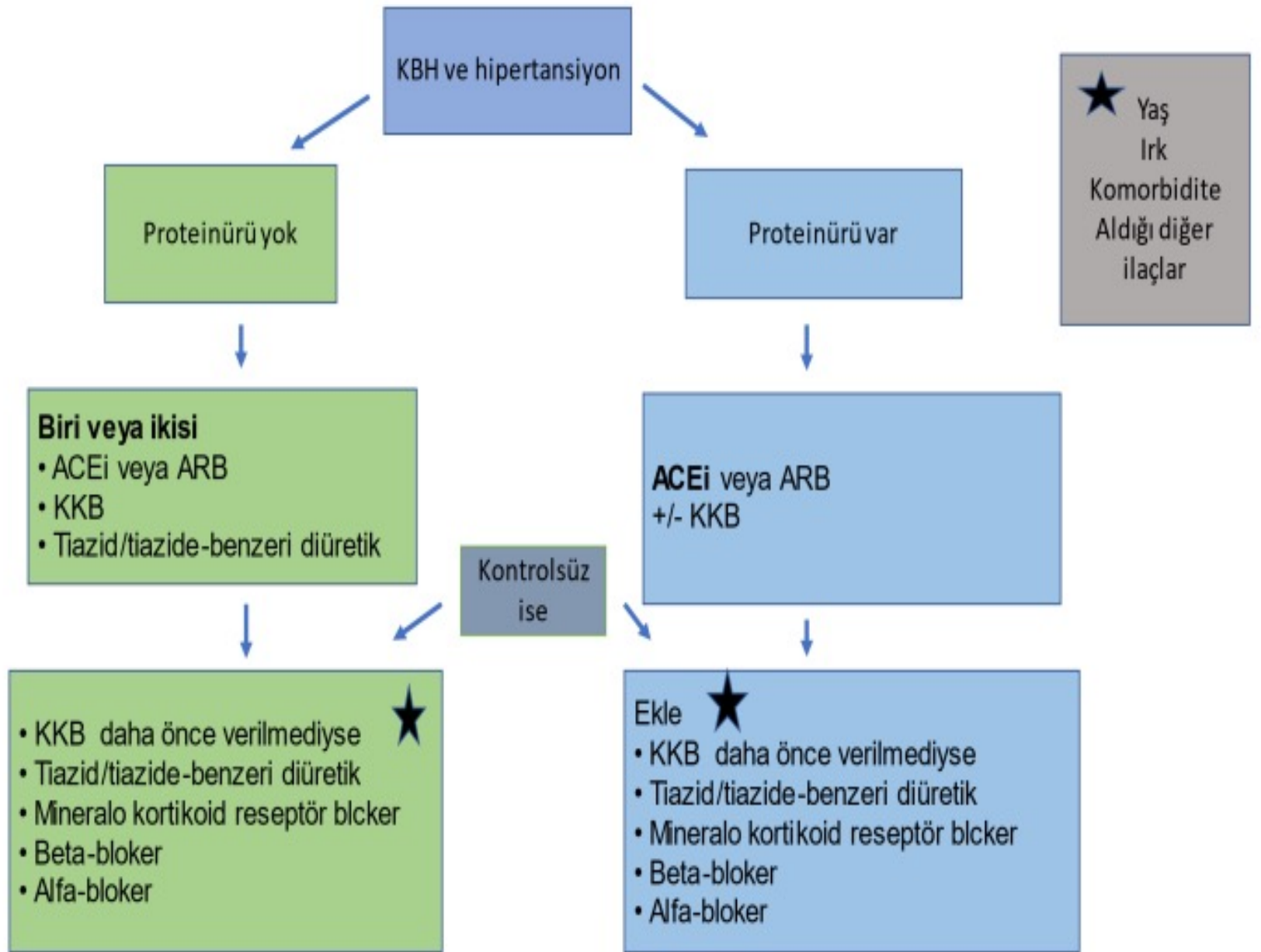
- >65 yaş olgularda 130–140 mmHg/70-80mmHg
- ≤ 65 yaş olgularda ise 120–130 mmHg/70-80mmHg



Kronik Böbrek Hastalığı

- Hastanın yaşı, eşlik eden diyabet ve/veya kardiyovasküler hastalık varlığı ve diyaliz durumu göz önünde bulundurularak tedavinin bireyselleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.
- Tedaviye **ACE inhibitörü** veya **ARB grubu** ilaçlar ile başlanması önerilir.
- Böbrek fonksiyon testleri (özellikle kan kreatinin ve potasyum düzeyi) yakından takip edilmelidir.





Şekil 7.2. Kronik böbrek hastalığında hipertansiyon ve ilaçlar

Gebelik ve Laktasyon

Anne için

- Serebrovasküler olay
- Dissemine intravasküler koagülasyon riski

Fetus için

- Ablasyo plasenta,
- Erken doğum,
- İntrauterin gelişme geriliği

Hipertansiyon, gebeliklerin yaklaşık %5-10'unu komplike etmektedir.

Gebelikte hipertansiyon hem maternal hem de fetal mortalite ve morbidite için önemli bir risk faktörüdür.

Gebelikte hipertansiyon tanısı alan hastalarda ileri dönemde kardiyovasküler hastalık gelişme riski artar.

Olgu-3

- B.S. 42 yaş gebe
- Gebelik takibi için başvurdu.
- Aktif şikayeti yok.
- SAT: 21.08.2022 (26 hafta)
- G5P2A2
- Özgeçmiş: Allerjik astım (4 yıl; betametazon+formoterol 2*1)
- Normal spontan vaginal doğum (1996, 2012)
- Soygeçmiş:
 - Ailede kanser öyküsü yok
 - Annede DM2
- Sigara:- ,Alkol:-



Olgu-3

- Gebelik öncesi TA: 135/85mmHg civarında olduğu için 6 ay yaşam tarzı değişikliği önerilmiş. Hastaya 6 ayın sonunda antihipertansif başlanacağı bilgisi verilmiş. Hasta bu arada gebe kalmış.

- Gebelik takibinde kadın-doğum uzmanı tarafından:

TA: 155/85 mmHg

TİT: proteinüri (++)

Metil dopa 250mg 1x1

Asetilsalisilik asit 100mg 1x1 başlanmıştır.

Gebelik ve Laktasyon

Gebelikte hipertansiyon 3 farklı şekilde izlenmektedir:

1. Daha önce hipertansiyon tanısı olan hastada gebelik,
2. Gebelikte tanı alan hipertansiyon,
3. Preeklampsi (fetal ve maternal risklerde ciddi artış ve proteinüri ile beraber seyreden hipertansiyon)

Gebelerde hipertansiyon tanısı gebe olmayan kişilerle aynı şekilde konur.

Preeklampsi riski nedeniyle gebe her birinci basamağa başvurduğunda kan basıncı ölçümü yapılarak preeklampsi taraması önerilmektedir.

Gebelik ve Laktasyon

- Gebelikte antihipertansif tedavinin ne zaman başlanması gerektiği ile ilgili tartışmalar devam etmektedir:
 - **«Sistolik kan basıncının ≥ 150 mmHg ve/veya**
 - **diyastolik kan basıncının ≥ 95 mmHg olduğu gebelerde antihipertansif tedavinin başlanması önerilir.»**
- Her antihipertansif ilaç grubunun içinde farklı ajanların gebelikte farklı etkileri olabileceğinden grup etkisi değil ilaç etkisi temel alınarak öneride bulunmak gerekmektedir.

Gebelik ve Laktasyon

GEBELİK (+) HT veya HT(+) gebelik planlıyor :

- **Metildopa,**
- **Labetolol**
- **Nifedipin**

*****diüretik kullanımından kaçınılmalıdır(!).

ACE inhibitörü ve ARB grubu ilaçların gebelik süresince kullanımları fetotoksik olmaları nedeniyle **kontrendikedir.**

Laktasyon ve Hipertansiyon

- Gestasyonel hipertansiyon
 - Doğumdan sonra 12 hafta içerisinde düzelir.
 - Düzelmezse esansiyel HT tanısı ile tedavi başlanır.
- Postpartum başlayan hipertansiyonda,
 - baş ağrısı ve/veya görme değişiklikleri
 - primer hiperaldosteronizm semptom ve bulguları
 - İlaç ve sıvı tedavisi sorgulanmalıdır.
 - FM ayrıntılı yapılmalı
 - KCFT;BFT,idrarda proteinür, PLT sayısı takib edilmelidir.

Laktasyon ve Hipertansiyon, tedavi

- Kan basıncı $\geq 150/95$ mmHg ise
 - paranteral ajanlar labetalol, hidralazin, nikardipin veya
 - oral kalsiyum kanal bloker ilaçlarla düşürülmesi önerilir.
- Nadiren doğumdan sonraki ilk 10 gün içerisinde görülen postpartum inmenin en önemli risk faktörü hipertansiyondur.
- Metildopanın postnatal depresyon riski gözönünde bulundurulmalı ve laktasyonda kullanılmamalıdır.

Özet

- Yaşlı
- KAH
- KBY
- DM2
- Gebelik

Özel hasta gruplarıdır.

Tansiyon takibi, tedavi başlama endikasyonları, ilaç seçimleri ve dozları diğer bireylerden farklılıklar gösterir.

Kaynakça

- TEMD Hipertansiyon-Kilavuzu-2022
- THURP -2019

