

Olgularla Poliklinikte Hipertansif Hastaya Yaklaşım

Dr. Miraç VURAL KESKİNLER
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı



ESC

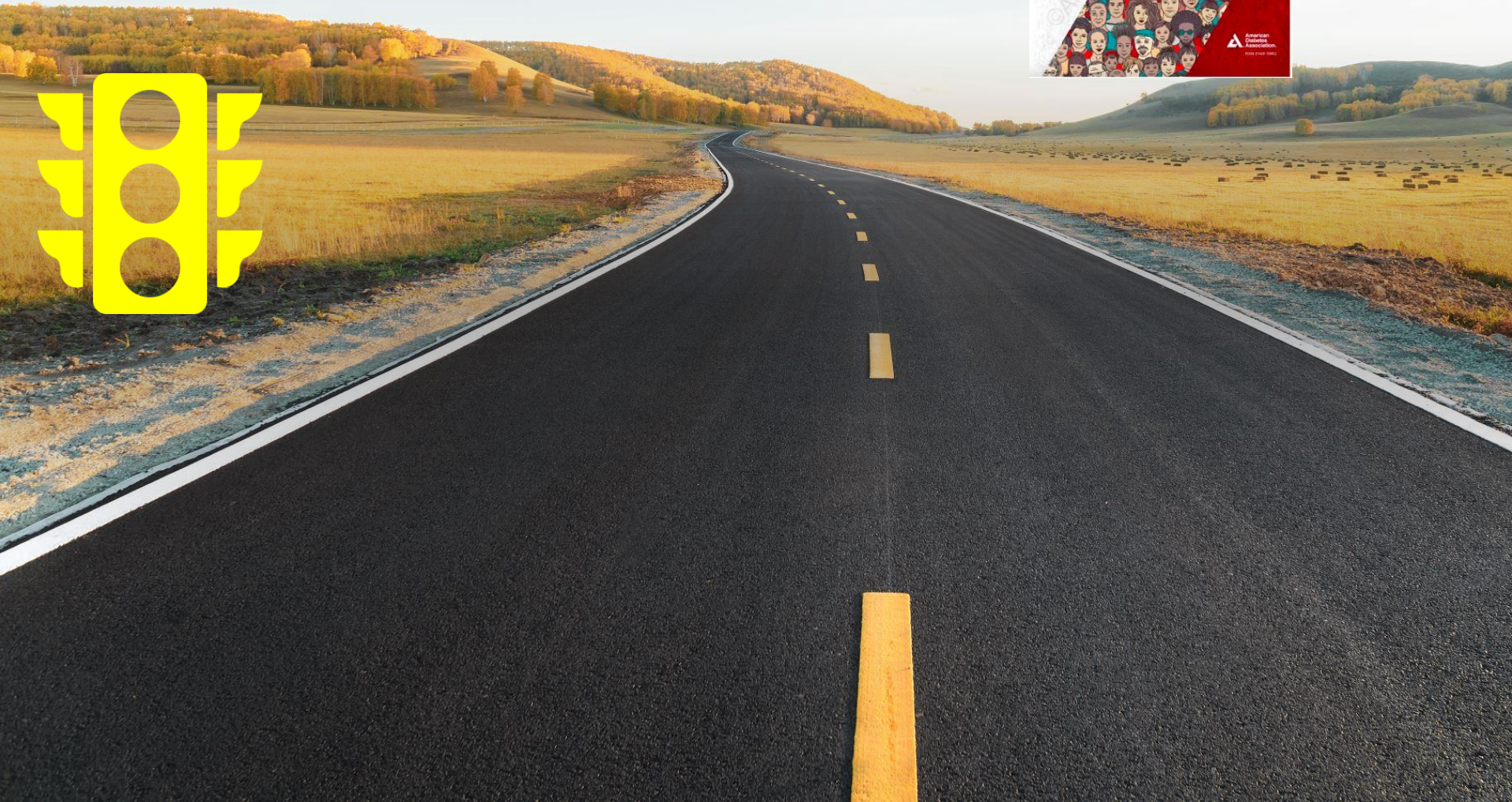
European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2024) 00, 1–107
<https://doi.org/10.1093/eurheart/ehac178>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO)



Vaka 1

- 59 yaşında erkek hasta
- Bilinen bir hastalık öyküsü yok.
- Baş ağrısı şikayetiyle başvuruyor.
- Ofis KB ölçümü 135/85 mmHg
- Ev ölçümlerinin ortalaması 130/80 mmHg

HİPERTANZİYEN BİR HASTA



HT olmayan bu olguyu bir şeyiniz yok deyip eve gönderelim mi?

2024 ESC KAN BASINCI SINIFLAMASI

	Ofis KB (mmHg)	Ev KB (mmHg)	AKB (Gündüz) (mmHg)	AKB (24s) (mmHg)	AKB (Gece) (mmHg)
Normal	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65	<110/60
Yükselmiş KB	>120/70 <140/90	>120/70 <135/85	>120/70 <135/85	>115/65 <130/80	>110/60 <120/70
HT	≥140/90	≥135/85	≥135/85	≥130/80	≥120/70

2024 ESC KAN BASINCI SINIFLAMASI

Non-elevated
blood pressure

Yükselmiş KB

Hypertension

Offic Ofis KB ölçümü 135/85 mmHg

SBP <120 mmHg
and
DBP <70 mmHg

SBP 120–139 mmHg
or
DBP 70–89 mmHg

SBP ≥140 mmHg
or
DBP ≥90 mmHg

Ev ölçümlerinin ortalaması 130/80 mmHg

SBP <120 mmHg
and
DBP <70 mmHg

SBP 120–134 mmHg
or
DBP 70–84 mmHg

SBP ≥135 mmHg
or
DBP ≥85 mmHg

ABPM

Daytime SBP <120 mmHg
and
Daytime DBP <70 mmHg

ABPM

Daytime SBP 120–134 mmHg
or
Daytime DBP 70–84 mmHg

ABPM

Daytime SBP ≥135 mmHg
or
Daytime DBP ≥85 mmHg

In

Farmakolojik tedavi için KVH riskini araştır

Risk stratify to identif

pharmacological treatment

Cardiovascular risk is

treatment initiation

The diagnosis of hypertension and elevated BP requires confirmation using out-of-office measurements (HBPM or ABPM) or at least one additional subsequent office measurement

Hastayı daha ayrıntılı incelemek,
gözden kaçabilecek detaylı soruları sormak gerekiyor...



Yükselmiş KB olan kişide..



Kanıtlanmış KVH (ASKVH, KY)



Orta veya ciddi BY (eGFR < 60 ml/dk veya 30 mg/gün Proteinüri)



HT ilişkili hedef organ hasarı



Diyabet



Ailesel Hiperkolesterolemi

varsa

3 ay YTD önerilmeli

Eğer KB \geq 130/80 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalı

Class 1

Yükselmiş KB olan kişide..



Kanıtlanmış KVH (ASKVH, KY)



Orta veya ciddi BY (eGFR < 60 ml/dk veya 30 mg/gün Proteinüri)



HT ilişkili hedef organ hasarı



Diyabet



Ailesel Hiperkolesterolemi

yoksa

SCORE2, SCORE2-OP hesapla ve risk \geq %10 ise

3 ay YTD önerilmeli

Eğer KB \geq 130/80 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalı

Class 1

Riski o kadar çok deęil ama az da deęilse (%5-%10)

Yüksek riskli ırk

Ailede erken yaşta KVH öyküsü

Sosyoekonomik yoksulluk

Otoimmün hastalık

Ciddi mental hastalık

HIV



varsa

3 ay YTD önerilmeli

Eğer KB \geq 130/80 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalı

Class 1

Riski o kadar çok deęil ama az da deęilse (%5-%10)

Gestasyonel DM

Gestasyonel HT

Preeklampsi

Erken doęum

Bir veya daha fazla ölü doęum

Tekrarlayan düşük



varsa

3 ay YTD önerilmeli

Eğer KB \geq 130/80 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalı

Class 1

Riski o kadar çok deęil ama az da deęilse (%5-%10)

Hala içiniz rahat deęilse



CAC Skoru

Karotis veya femoralde plak

hs Troponin

NT- proBNP

Pulse wave velocity

Herhangi birisi normal deęilse

3 ay YTD önerilmeli

Eğer KB \geq 130/80 mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalı

Class 1

Ne olursan ol,
en az bir AHİ i



Vaka 2

- 66 yaşında erkek hasta
- Bilinen bir hastalık öyküsü yok
- Ofis KB ölçümü 155/85 mmHg
- Ev ölçümlerinin ortalaması 140/80 mmHg

*Bu vaka 65 yaş üstü
İzole sistolik Hipertansiyonu olan bir vaka*

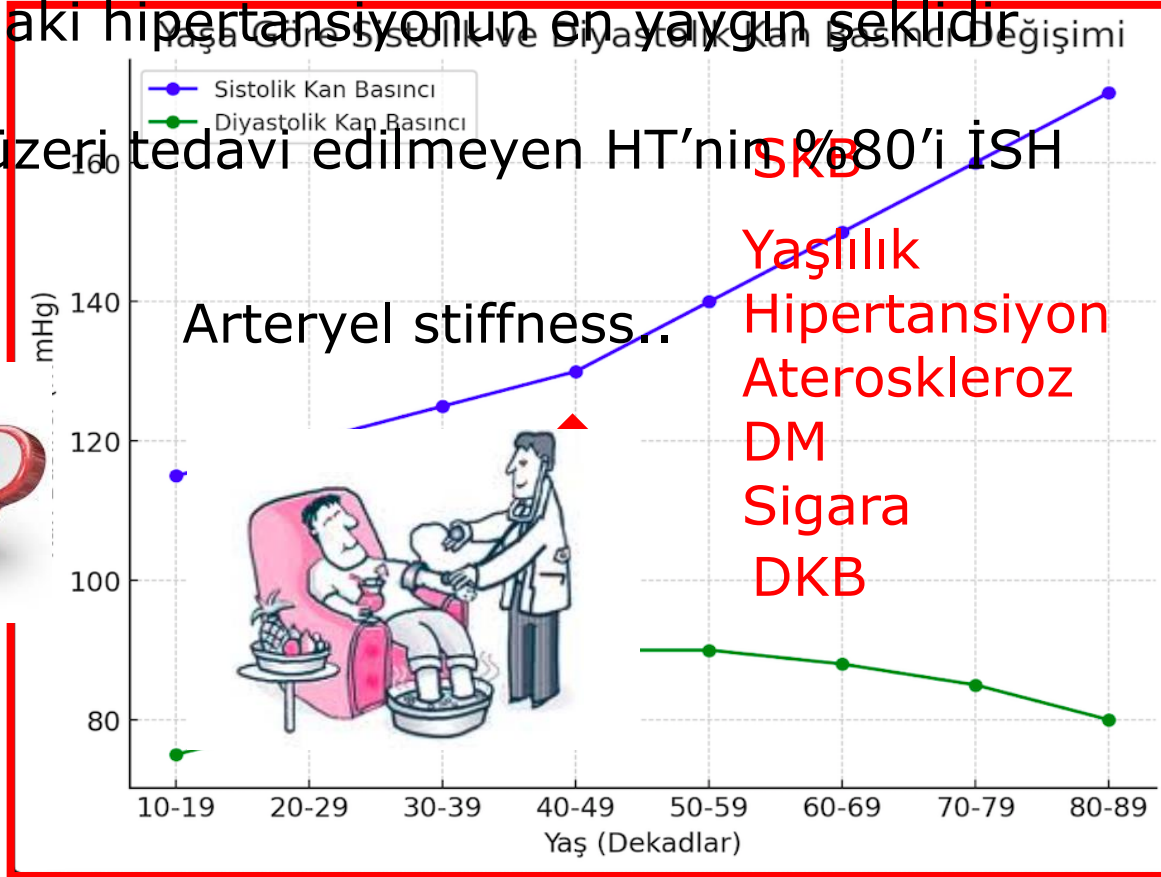
İzole Sistolik Hipertansiyon

Tanım: SKB > 140 mmHg ve DKB < 90 mmHg olması

Yaşlılardaki hipertansiyonun en yaygın şeklidir

60 yaş üzeri tedavi edilmeyen HT'nin %80'i İSH

WHY?





Bu hastalarda izleyeceđimiz yol ne olmalı?

Bu hastalarda kılavuz;

İSH'ı olan hastalarda SKB azaldıkça KVO



Yaşlıda İSH tedavisinin gençlerdeki kombine HT gibi yönetilmesini

İSH'u olan yaşlı hastalarda terapötik ataletten kaçınılmasını

Tedavide özel bir ajan önerisi yoktur ancak beta blokerlerden kaçınılması önerilmektedir..

Vaka 3

- 55 yaşında kadın hasta
- 2 yıldır DM+, OAD kullanmakta
- Ofis KB 140/90 mmHg
- Ev ölçümleri 135/85 mmHg



Hipertansiyon, SKB ≥ 130 mmHg veya DKB ≥ 80 mmHg olması

Diyabetli bir Hipertansiyon vakası

Hipertansif hastada yapılacaklar



- Tam kan sayımı
- Tam idrar tahlili
- Kan glukozu, Na, K, kreatinin, lipid profili, e-GFR, HbA1c, Ca, TSH
- 12 derivasyonlu EKG



İdrar albümin atılım oranı istenmeli ve yıllık olarak takip edilmeli!!

Diyabetik hastalarda HT tedavisi

130/80 mmHg \geq KB <150/90 mmHg

YTD önerilmeli
Tek ilaç tedavisi düşünülmeli

Albüminüri?
veya
KAH ?

+

ACE-İ veya ARB

—

ACE-İ
ARB
KKB
Diüretik

KB ve yan etkileri takip et

Diyabetik hastalarda HT tedavisi

KB $\geq 150/90$ mmHg

YTD önerilmeli
İkili ilaç tedavisi düşünölmeli

Albüminüri?
veya
KAH ?

+

ACE-İ/ARB
ve
KKB/Diüretik

-

Üçünden ikisini seçin
ACE-İ/ARB
KKB
Diüretik

KB ve yan etkileri takip et

HT tedavisinde hedefe ulaşamadıysanız



- ✓ Üçüncü bir ilaç düşünün
- ✓ Yan etkilere bağlı sorun yaşıyorsanız alternatif ilaca geçin
- ✓ En nihayetinde hedefe ulaşamadıysanız dirençli HT??

Dirençli HT

- Uygun yaşam tarzı önlemleri **ve** bir diüretik (tiyazid veya tiyazid benzeri), bir RAS blokeri **ve** bir KKB ile maksimum veya maksimum tolere edilen dozlarda tedaviye rağmen, ofis SKB < 140 mmHg ve/veya DKB < 90 mmHg'ye düşüremediğinde hipertansiyon dirençli olarak tanımlanır.
- Bu kontrolsüz KB değerleri ofis dışı KB ölçümleri ile doğrulanmalıdır...



Dirençli demeden önce psödo mu bakılmalı..

- Tedaviye zayıf uyum ve devamlılık
- Beyaz önlük fenomeni
- Kötü KB ölçüm yöntemi
- Belirgin brakiyal arter kalsifikasyonu (Osler fenomeni)
- Klinisyen ataleti (yetersiz dozlar, uygun olmayan KB düşürücü ilaç kombinasyonları)
- Munchausen sendromu (nadir)

Dirençli HT

Davranışsal faktörler

Aşırı kilo/obezite

Fiziksel hareketsizlik

Günlük diyet sodyum fazlalığı

Aşırı alkol tüketimi

İlaç veya madde kullanımı

Tespit edilmemiş sekonder hipertansiyon

Vaka 4

- 48 yaşında erkek hasta
- 1 yıl önce KAH+, stent takılmış.
- Ofis KB 155/95 mmHg
- Ev ölçümleri 145/90 mmHg

Genç, KAH olan hipertansiyon vakası

KAH ve HT



MI öyküsü (1A)

Beta-blokerler ve RAS blokerleri

Semptomatik anjina (1A)

Beta-blokerler ve/veya KKB

Semptomatik DEFKY/HEFKY (1A)

ACE-İ (tolere edemiyorsa
ARB)/ARNİ

Beta-bloker, MRA, SGLT2-İ

Semptomatik PEFKY (1A)

SGLT2-İ

İster anjina kontrolü ister KB kontrolü için kullanılsın, bir beta-blokerin dihidropiridin olmayan bir KKB ile kombine edilmemeli !!

Önerilen tedavi hedefi: KB 120-129/70-79 mmHg

Vaka 5

- 38 yaşında kadın hasta
- 4 haftalık **gebe**
- 2 yıldır HT+ ve nifedipin 30mg 1x1 kullanıyor
- Ofis KB: 140/90 mmHg

Hipertansif gebe

Kronik HT ?

Gestasyonel HT ?

Vaka 5

- 38 yaşında kadın hasta
- 4 haftalık **gebe**
- 2 yıldır HT+ ve nifedipin 30mg 1x1 kullanıyor
- Ofis KB: 140/90 mmHg

Hipertansif gebe

Kronik HT ?

Gestasyonel HT ?

GEBELİKTE HT

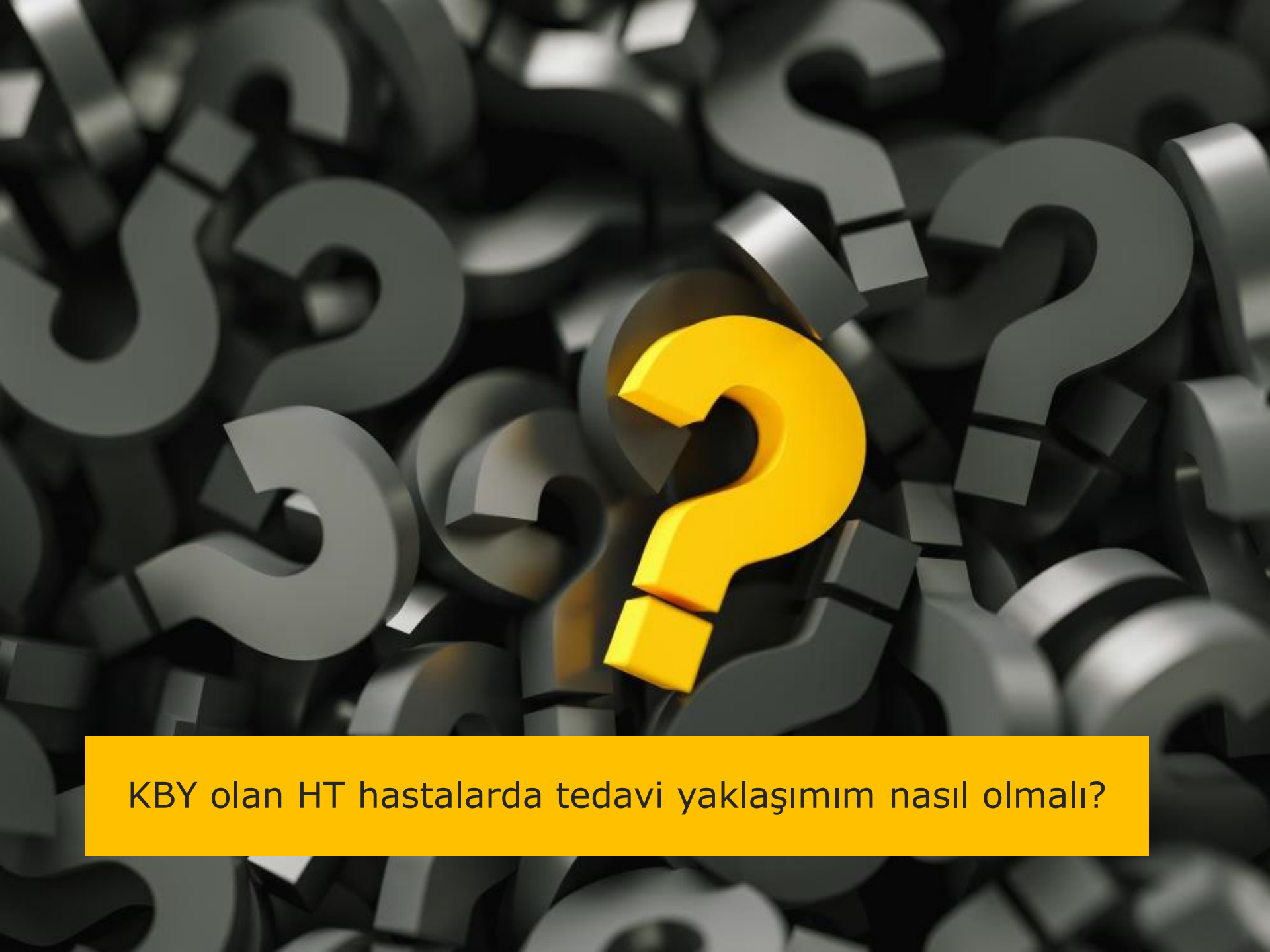
İster kronik, ister Gestasyonel HT olsun $KB \geq 140/90$ mmHg ilaç tedavisine başla..

Dihidropiridin KKB(tercihen uzatılmış salımlı nifedipin), labetalol ve metildopa gebelikte önerilen ilaçlar..

SKB ≥ 160 mmHg veya DKB ≥ 110 mmHg ise yatış düşünölmeli

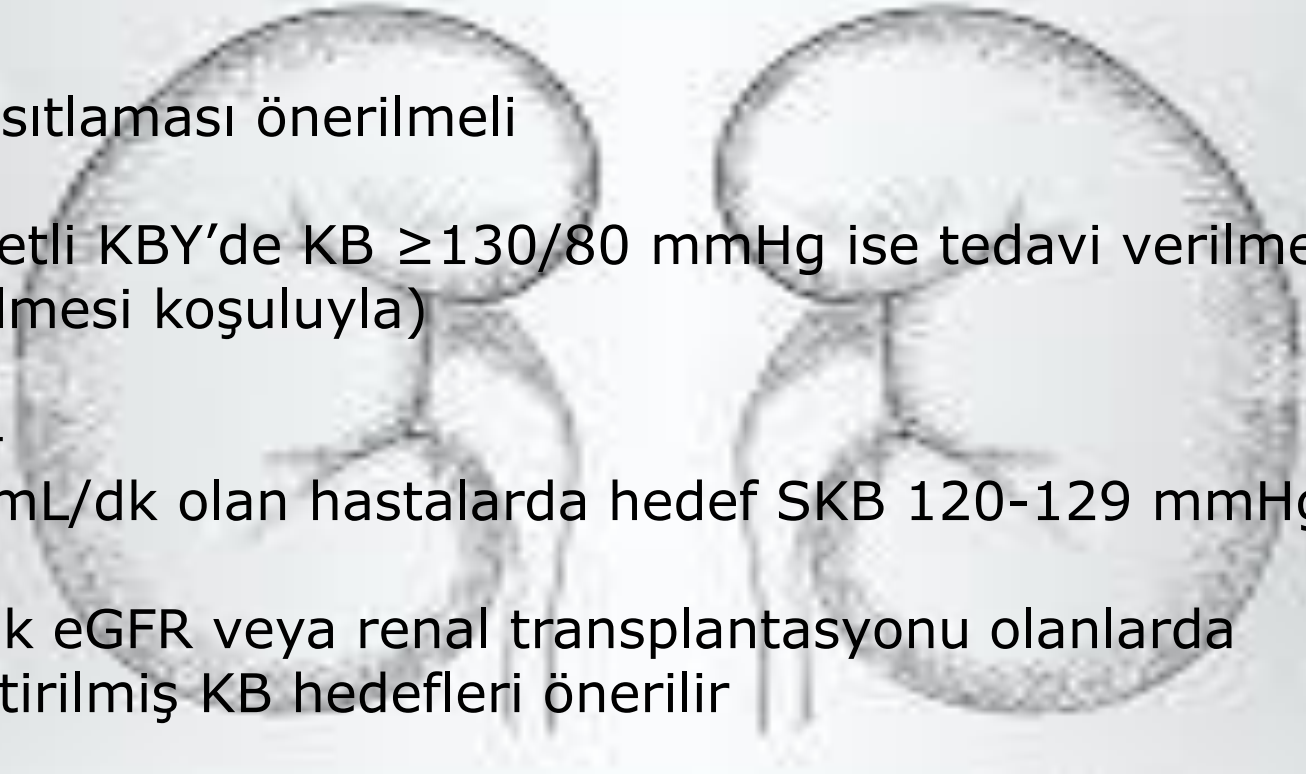
Hedef KB $< 140/90$ mmHg olmalı ama DKB < 80 mmHg olmamalı





KBY olan HT hastalarda tedavi yaklaşımım nasıl olmalı?

KBY ve HT



Sodyum kısıtlaması önerilmeli

Orta –şiddetli KBY’de KB $\geq 130/80$ mmHg ise tedavi verilmelidir (tolere edilmesi koşuluyla)

AHI alan +
eGFR > 30 mL/dk olan hastalarda hedef SKB 120-129 mmHg olmalı!

Daha düşük eGFR veya renal transplantasyonu olanlarda bireyselleştirilmiş KB hedefleri önerilir

eGFR > 20 mL/dak hipertansif hastalarda, SGLT2 inhibitörleri önerilir

Klortalidon Evre 4 (eGFR of 15–30 mL/dk) KBY’de KB düşürmesi ve mikroalbuminüriyi azaltmasından dolayı dirençli HT’de tercih edilebilir



Kronik SVO ve kognitif bozukluğu olanlarda HT tedavi yaklaşımı?

Kronik SVO ve kognitif bozukluđu olanlarda HT

Tekrarlayan inmeyi önlemek için;

Bir RASB'ne ek olarak bir KKB veya tiazid benzeri diüretik olmalı

Tolere etmek koşuluyla **hedef SKB 120-129 mmHg** arasında olmalı



Her hastanın farklı bir özelliği

Her ilacın da tam isabet diyeceđimiz bir endikasyonu var..

Dođru hastaya, dođru AHİ verebilmek dileđiyle ☺



Cumhuriyet Bayramımız Kutlu Olsun....

