

TÜRK HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU

2019



EKİM
2019

TÜRK
HİPERTANSİYON
UZLAŞI RAPORU

KATILIMCI DERNEKLER



Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)



Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği (TİHUD)



Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ)



Türk Nefroloji Derneği (TND)



Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği

2019 UZLAŞI RAPORU KURULU



Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)

Prof. Dr. Sinan Aydođdu

Prof. Dr. Adnan Abacı

Prof. Dr. Lale Tokgözođlu

Prof. Dr. Atilla Bitigen



Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği (TİHUD)

Prof. Dr. Kerim Güler

Prof. Dr. Tufan Tükek

Prof. Dr. Bülent Özin



Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ)

Prof. Dr. Fahri Bayram

Prof. Dr. Tefvik Sabuncu

Prof. Dr. İbrahim Şahin



Türk Nefroloji Derneği (TND)

Prof. Dr. Bülent Altun

Prof. Dr. Mustafa Arıcı



Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği

Prof. Dr. Yunus Erdem

Prof. Dr. Şehsuvar Ertürk

Prof. Dr. Ülver Derici

İÇERİK

➤ Tanım ve Sınıflandırma

➤ Tanı

- ❖ Tıbbi öykü
- ❖ Standart kan basıncı ölçümü, evde kan basıncı ölçümü, ambulatuar kan basıncı ölçümü
- ❖ Laboratuvar tetkikleri
- ❖ Sekonder Hipertansiyon

➤ Tedavi

- ❖ Yaşam tarzı değişiklikleri
- ❖ İlaç tedavisi
- ❖ Risk temelli yaklaşım
- ❖ İlaç Seçimi
- ❖ Özel hasta gruplarında hipertansiyon tedavisi
 - ✓ Yaşlılar
 - ✓ Diyabetikler
 - ✓ Koroner arter hastaları
 - ✓ Kronik böbrek hastaları
 - ✓ Gebelik ve laktasyon

➤ Antihipertansif ilaç kullanan hastaların takibi

➤ İlaç uyumu ve kan basıncı kontrolünün iyileştirilmesi



TANIM VE SINIFLANDIRMA



HİPERTANSİYON TANIMI

Erişkinlerde (>18 yaş) hekim tarafından yapılan tekrarlanan klinik ölçümler ile

sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg

ve/veya

diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg

olması hipertansiyon olarak tanımlanır

HİPERTANSİYON SINIFLANDIRMASI

Klinik kan basıncı düzeylerine göre kan basıncı sınıflandırması

| Kategori | Sistolik Kan Basıncı (mmHg) | | Diyastolik Kan Basıncı (mmHg) |
|----------------------|-----------------------------|---------|-------------------------------|
| Normal | <120 | ve | <80 |
| Artmış | 120-139 | ve/veya | 80-89 |
| Hipertansiyon | ≥140 | ve/veya | ≥90 |
| Evre 1 Hipertansiyon | 140-159 | ve/veya | 90-99 |
| Evre 2 Hipertansiyon | ≥160 | ve/veya | ≥100 |



TANI



TANI

- **Erişkinlerde her klinik muayenede kan basıncı mutlaka ölçülmeli ve 30 saniyeden daha kısa olmamak koşulu ile nabız sayılmalıdır**
- **Hastanın risk faktörlerini belirlemek ve sekonder hipertansiyon nedenlerini sorgulamak amacıyla mutlaka**
 - ❖ **ayrıntılı tıbbi öykü alınmalı,**
 - ❖ **sistemik fiziksel muayene yapılmalı,**
 - ❖ **gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır**

TIBBİ ÖYKÜ

Hipertansiyonu olan hastalarda;

- ❖ önceki kan basıncı ölçümleri,
- ❖ geçirilmiş ve/veya eşlik eden hastalıklar,
- ❖ kardiyovasküler hastalık risk faktörleri
- ❖ ailede kalp ve damar hastalığı öyküsü,
- ❖ hipertansiyon tedavisi için kullanılmış veya kullanılmakta olan ilaçlar,
- ❖ sekonder hipertansiyon nedenlerine ve organ hasarına yönelik belirtiler

sorgulanmalıdır

STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- **Hekim tarafından, uygun manşon ile oskültatuar veya otomatik (dijital göstergeli) tansiyon ölçüm aletleri kullanılarak her iki koldan ölçüm yapılmalıdır**
- **Ölçümler arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalı ve tekrarlanan ölçümlerde sistolik kan basıncı farkı >15 mmHg ise nedeni araştırılmalı**
- **Her durumda, sonraki ölçümler kan basıncının yüksek olduğu koldan yapılmalıdır**

STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- Ölçüm öncesi hastanın oturur durumda en az 5 dakika dinlenmesine izin verilmeli, avuç açık, kol kalp seviyesinde ve bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az 2 dakika ara ile) ortalaması kaydedilmelidir
- Hastada aritmi varsa otomatik cihazlarla kan basıncı ölçümü hatalı sonuç verebilir. Bu nedenle mutlaka palpasyonla nabız değerlendirilmeli ve düzensizlik varsa stetoskop kullanılarak kan basıncı klasik yöntemle ölçülmelidir

STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- İlk değerlendirmede, tekrarlanan ölçümler sonucu sistolik kan basıncı 180 mmHg veya diyastolik kan basıncı 110 mmHg üzerinde olan hastalarda hipertansiyon tanısı hemen konulur
- Kan basıncı 140/90 mmHg ve 179/109 mmHg arasında olan hastalar hipertansiyon tanısının doğrulanması için mutlaka ikinci kez muayeneye çağrılmalıdır

STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

➤ Tanının kesinleştirilmesi için

- ❖ sistolik kan basıncı 140-159 mmHg veya
- ❖ diyastolik kan basıncı 90-99 mmHg

düzeyinde olan hastalarda 2-4 hafta içinde;

- ❖ sistolik kan basıncı 160-179 mmHg veya
- ❖ diyastolik kan basıncı 100-109 mmHg

düzeyinde olan hastalarda 1-2 hafta içinde en az 5 gün sabah ve akşam otomatik ölçüm cihazı ile evde kan basıncı ölçümünün yapılması önerilir

- Evde kan basıncı takibi yapılamıyorsa bir sağlık çalışanı tarafından tercihen otomatik ölçüm cihazları ile ölçüm yaptırılması önerilmelidir

STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- Evde kan basıncı takibi yapılamıyorsa bir sağlık çalışanı tarafından tercihen otomatik ölçüm cihazları ile ölçüm yaptırılmaları önerilmelidir
- Tanı doğrulaması imkan olan durumlarda ambulatuvar kan basıncı ölçümü ile de yapılabilir
- Evde kan basıncı takibi veya ambulatuvar kan basıncı ölçümü imkanı yoksa kontrol muayenesi sırasında tanı konulabilir

STANDART KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

İlk değerlendirmede hipertansiyonu olmayan olgularda,

- ❖ kan basıncı normal aralıkta olanlarda (<120/80 mmHg) yılda bir,
- ❖ sistolik kan basıncı 120–129 mmHg veya diyastolik kan basıncı 80–84 mmHg olanlarda 6 ayda bir,
- ❖ sistolik kan basıncı 130–139 mmHg veya diyastolik kan basıncı 85–89 mmHg olanlarda ise 3 ayda bir

kan basıncı ölçümü önerilir

HİPERTANSİYON TANISI İÇİN AKIŞ ŞEMASI

Klinik Kan Basıncı Ölçümü $\geq 140/90$ mmHg^{1,2}

**SKB $\geq 140-159$ ve/veya
DKB $\geq 90-99$ mmHg**

2-4 hafta içinde

**SKB $\geq 160-179$ ve/veya
DKB $\geq 100-109$ mmHg**

1-2 hafta içinde

**SKB ≥ 180 ve/veya
DKB ≥ 110 mmHg³**

Tekrar doktor ölçümü (SKB ≥ 140 veya DKB ≥ 90 mmHg)
veya
Ev kan basıncı ölçümü (SKB ≥ 135 veya DKB ≥ 85 mmHg)
veya
Ambulatuvar kan basıncı ölçümü (24 saatlik SKB ≥ 130
veya DKB ≥ 80 mmHg)

HİPERTANSİYON

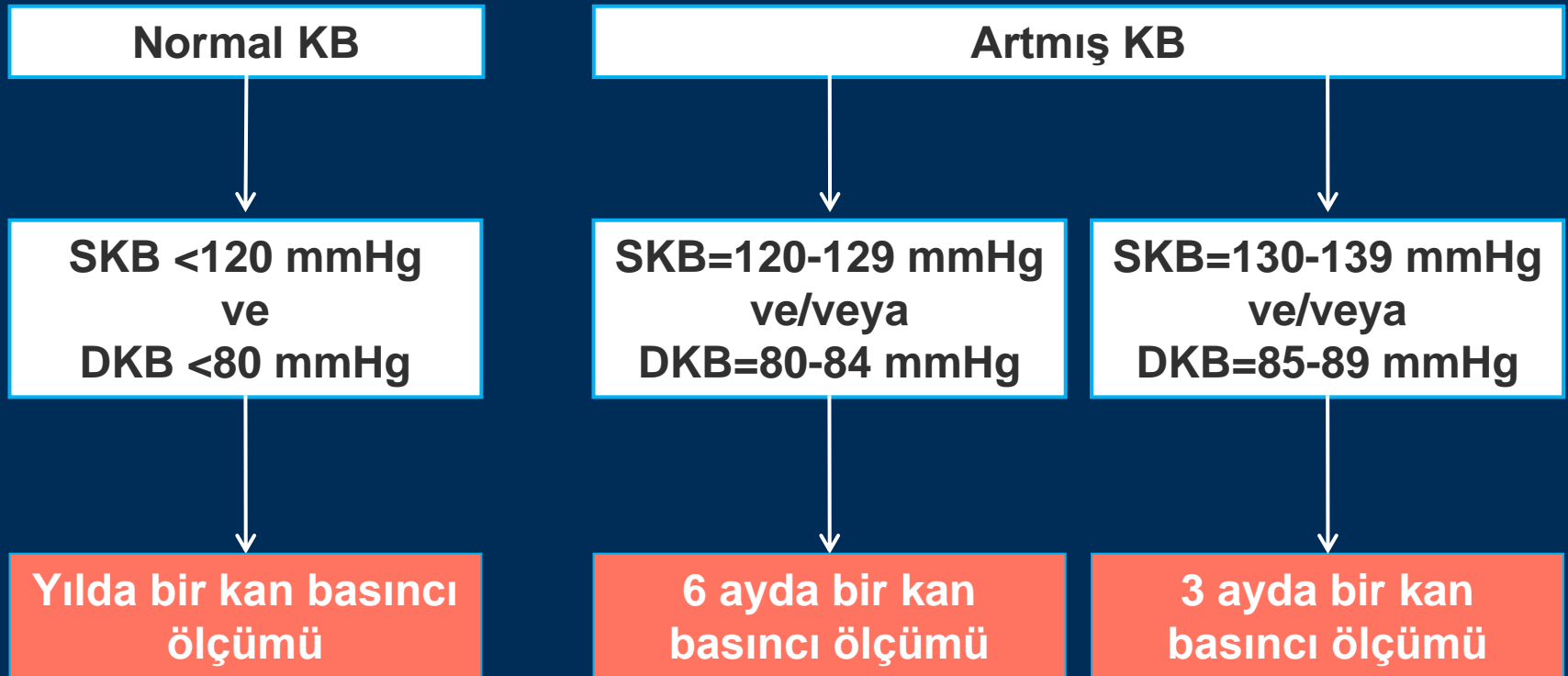
¹ Kan basıncı ölçümü ilk muayenede iki koldan ayrı ayrı yapılmalı ve takiplerde yüksek ölçülen kol kullanılmalıdır. En az iki ölçüm yaparak hastanın kan basıncı ortalamasına göre tanı akışı kullanılmalıdır.

² Bu ölçümler sırasında öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar incelemelerinin yapılması önerilir. Ev kan basıncı veya ambulatuvar KB ölçümü imkanı olmayan hastalarda, laboratuvar sonuçlarını getirdikleri zaman yeniden ölçüm yapılarak tanı konulması önerilir.

³ Hastanın kan basıncı bu değerlerde ise bir iki kez daha ölçülmelidir. Bu değerler devam ediyorsa, hastaya hipertansiyon tanısı hemen konulmalıdır.

SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı

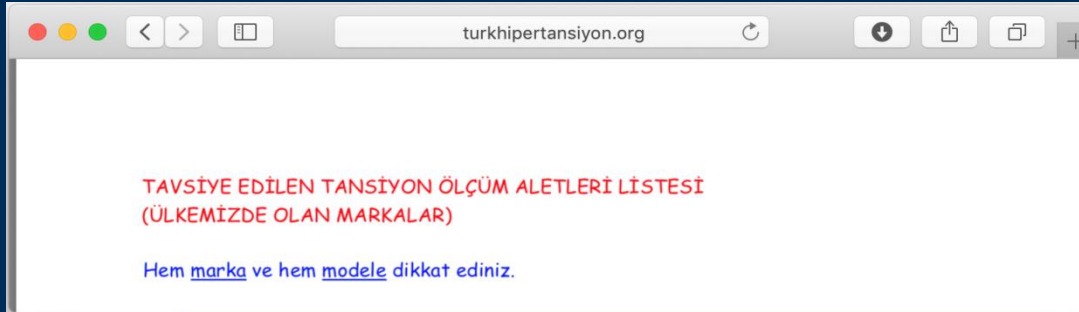
İLK DEĞERLENDİRMEDE KAN BASINCI <140/90 mmHg OLAN HASTALARDA TAKİP ÖNERİLERİ



KB: Kan basıncı; SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı

EVDE KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- Evde kan basıncı ölçümünde kol için uygun manşonlu ve onaylı otomatik tansiyon ölçüm aleti kullanılır
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından tavsiye edilen tansiyon ölçüm aletleri listesine aşağıdaki linkten ulaşılabilir



http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Onayli_Aletler_2017.pdf

- Ev ölçümleri en az 5 gün yapılmalıdır

EVDE KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- Evde kan basıncı ölçümü en az 5 dakika dinlendikten sonra yapılmalı ve ölçümden önceki 30 dakika içinde sigara veya kahve içilmemeli, egzersiz yapılmamalıdır. Bir dakika arayla iki ölçüm alınarak bu iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir
- En az 5 gün sabah ve akşam yapılan kan basıncı ölçümlerinde, ortalama sistolik kan basıncının 135 mmHg veya diyastolik kan basıncının 85 mmHg üzerinde olması durumunda tanı konulur

AMBULATUAR KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

- Ambulatuar kan basıncı ölçümü hipertansiyonun tanısında ve takibinde ideal bir yöntemdir ve imkan olan her durumda kullanılmalıdır
- İmkanlar kısıtlı ise şu durumlar için ambulatuar ölçüm endikedir:
 - ❖ klinik kan basıncı ve evde ölçülen kan basıncı arasında belirgin uyumsuzluk olması,
 - ❖ dipping (normalde uykuda kan basıncının düşmesi) varlığının araştırılması,
 - ❖ nokturnal hipertansiyon şüphesi,
 - ❖ kan basıncı değişkenliklerinin saptanması
- Ambulatuar kan basıncının 24 saatlik ortalaması $\geq 130/80$ mmHg veya gündüz ortalaması $\geq 135/85$ mmHg ise hipertansiyon tanısı konulur

ÖLÇÜM YÖNTEMİNE GÖRE HİPERTANSİYON TANISI

| Ölçüm yöntemi | Sistolik Kan Basıncı (mmHg) | | Diyastolik Kan Basıncı (mmHg) |
|-------------------------|-----------------------------|---------|-------------------------------|
| Klinik | ≥140 | ve/veya | ≥90 |
| Ev | ≥135 | ve/veya | ≥85 |
| Ambulatuvar kan basıncı | | | |
| 24 saatlik ortalama | ≥130 | ve/veya | ≥80 |
| Gündüz ortalaması | ≥135 | ve/veya | ≥85 |

LABORATUVAR TETKİKLERİ

Her hastada önerilenler

- Tam kan sayımı
- Tam idrar tetkiki
- Açlık kan glukozu
- Kanda sodyum, potasyum ve ürik asit
- Lipid profili
- Kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR)
- Elektrokardiyografi
- DM'li hastalarda idrar albümin atılım oranı (yıllık takip)

Klinik duruma göre

- İdrar albümin atılım oranı
- ALT/AST
- Kalsiyum
- TSH
- OGTT
- Ekokardiyografi

SEKONDER HİPERTANSİYON

- Hipertansiyon bilinen bir etiyolojik nedene baęlı ise sekonder hipertansiyon olarak kabul edilmektedir
- Hipertansiyon hastalarının hepsinin sekonder hipertansiyon açısından değerlendirmesi hem zaman hem de maliyet açısından uygun olmayacağından klinik ipuçlarıyla kimlerin araştırılacağına karar verilmesi daha uygundur

KİMLERDE SEKONDER HİPERTANSİYON ARAŞTIRILMALIDIR?

1. Anamnezde sekonder hipertansiyonu düşündürecek durumlar:

- ❖ Ailede böbrek hastalığı öyküsü,
- ❖ İlaç alımı: nonsteroid antiinflamatuvarlar, dekonjestanlar, oral kontraseptifler, meyan kökü şurubu, karbenoksolon, kokain, amfetamin, glukokortikoidler, eritropoetin, siklosporin,
- ❖ Kas güçsüzlüğü gibi hiperaldosteronizm belirtileri,
- ❖ Horlama; uyku-apnesi (partnere danışılması),
- ❖ Terleme epizodları, baş ağrısı, anksiyete, çarpıntı gibi feokromositoma belirtileri

1. Dirençli hipertansiyonu olan hastalar: Farklı sınıf (biri diüretikler olmak üzere) üç adet, yeterli dozda antihipertansif kullanımına rağmen kan basıncı kontrol altına alınamayan hastalar

KİMLERDE SEKONDER HİPERTANSİYON ARAŞTIRILMALIDIR?

3. Antihipertansif tedavi altındayken kan basıncı kontrolü aniden bozulan hastalar
3. Otuz yaşından önce hipertansiyon tanısı alan hastalar
3. Kan basıncı düzeyine göre beklenenden daha ağır hedef organ hasarı gelişmiş hastalar
3. ACE inhibitörü veya ARB kullanımı sonrası kreatinin düzeylerinde ciddi yükselme (%30 üzerinde) olan hastalar
3. Rutin laboratuvar incelemelerinde hipokalemi tespit edilen hastalar



TEDAVİ



TEDAVİ

Yaşam Tarzı Değişiklikleri:

- ❖ Toplum sağlığı açısından erişkin bireyin kan basıncı hangi evrede olursa olsun uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir
- ❖ Eğer bireyin kan basıncı Artmış ise (sistolik 120–139 mmHg, diyastolik 80–89 mmHg) bu öneriler ısrarla vurgulanmalıdır
- ❖ Eğer hasta hipertansif ise yaşam tarzı değişikliği önerileri mutlaka uygulanmalıdır

✓ İdeal vücut ağırlığı

✓ Tuz kısıtlaması

✓ Sağlıklı beslenme

✓ Sigaranın bırakılması

✓ Alkol kısıtlaması

✓ Hareketli yaşam

✓ Stres yönetimi

TEDAVİ

İlaç Tedavisi:

- ❖ Antihipertansif ilaç tedavisine başlamak için kan basıncı değeri ile birlikte risk faktörleri ve eşlik eden hastalıklar dikkate alınmalıdır
- ❖ Genel popülasyonda tedaviye başlamak için
 - ✓ eşik klinik sistolik kan basıncı değeri ≥ 140 mmHg
veya
 - ✓ diyastolik kan basıncı değeri ≥ 90 mmHg
iken
 - ✓ yaşı ≥ 80 olanlarda eşik klinik sistolik kan basıncı ≥ 150 mmHg'dır
- ❖ Yaşı ≥ 80 olanlar için tavsiye edilen eşik kan basıncı değeri kesin karar verdirici nitelikte olup, diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı ve yüksek risk varlığında dahi geçerlidir

YAŞA GÖRE İLAÇ TEDAVİSİ İÇİN EŞİK VE HEDEF KAN BASINCI DÜZEYLERİ

| Yaş Grubu* | Eşik Kan Basıncı (mmHg) | Hedef Kan Basıncı (mmHg) |
|------------|-------------------------|--------------------------|
| 18-64 yaş | ≥140/90 | 120-130/70-80 |
| 65-79 yaş | ≥140/90 | 130-140/70-80 |
| ≥80 yaş | ≥150 | 130-140/70-80 |

* Eşlik eden hastalık durumundan bağımsız olarak verilmiştir

TEDAVİ

İlaç Tedavisi:

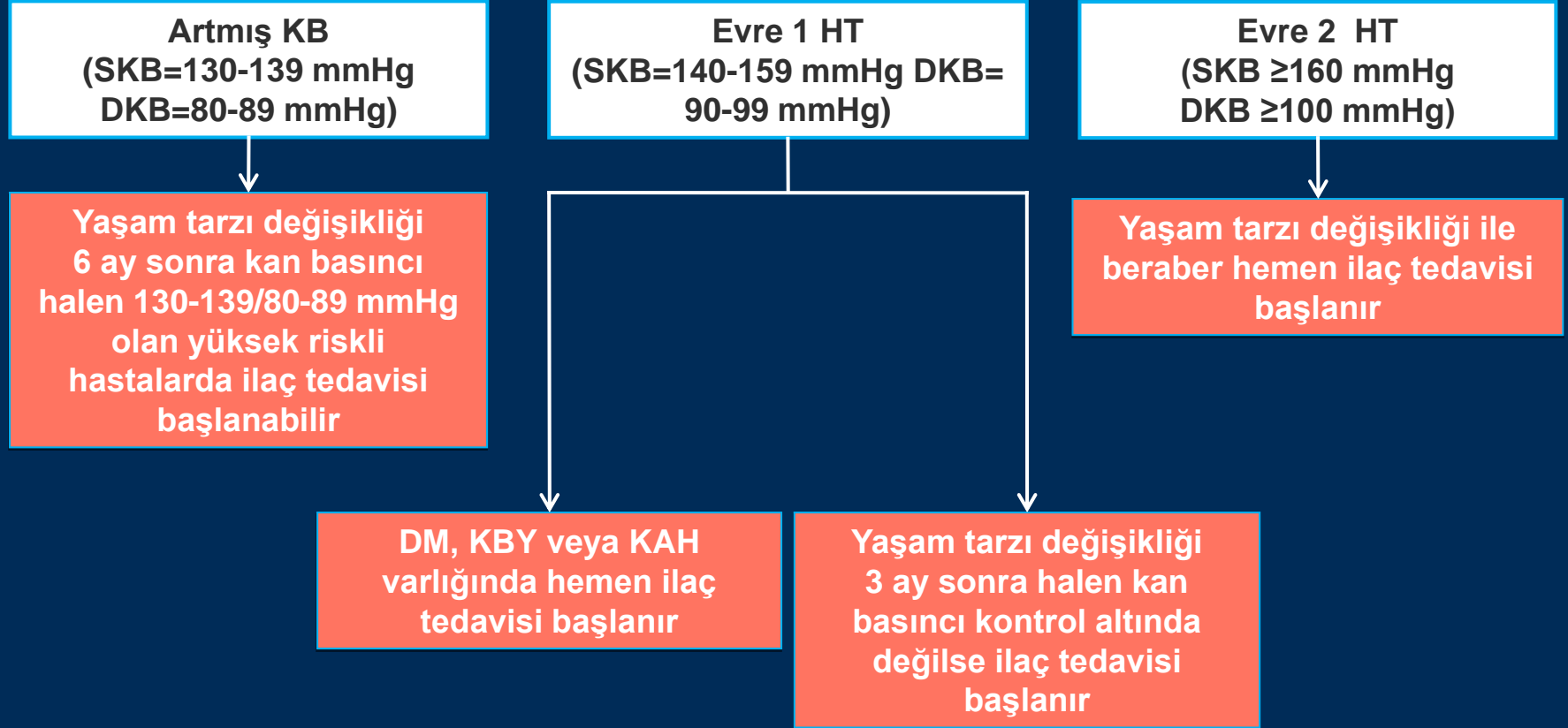
- ❖ **Evre 1** hipertansiyonda ilaç tedavisine diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı serebrovasküler hastalık veya hedef organ hasarı varlığında **hemen** başlanır. Bu hastalıkların olmadığı durumlarda yaşam tarzı değişiklikleri önerilir
- ❖ **Üç ay sonra** kan basıncı **hâlâ Evre 1**'de ise ilaç tedavisine başlanır. Ancak hastanın günlük yaşam kalitesini etkileyen hipertansiyonla ilişkili semptomları varsa antihipertansif ilaç tedavisine daha erken başlanabilir
- ❖ **Evre 2 ve üzeri** hipertansiyonda ilaç tedavisine **hemen** başlanmalıdır

EŞLİK EDEN HASTALIK/YÜKSEK RISK DURUMUNA VE YAŞA GÖRE İLAÇ TEDAVİSİ İÇİN EŞİK VE HEDEF KAN BASINCI DÜZEYLERİ

| | 18-64 yaş | | 65-79 yaş | | ≥ 80 yaş | |
|------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | Eşik KB mmHg | Hedef KB mmHg | Eşik KB mmHg | Hedef KB mmHg | Eşik KB mmHg | Hedef KB mmHg |
| DM | ≥140/90 | 120-130/70-80 | ≥140/90 | 130-140/70-80 | ≥150 | 130-140/70-80 |
| KAH | ≥140/90 | 120-130/70-80 | ≥140/90 | 130-140/70-80 | ≥150 | 130-140/70-80 |
| KBH | ≥140/90 | 120-130/70-80 | ≥140/90 | 130-140/70-80 | ≥150 | 130-140/70-80 |
| Yüksek Riskli Olgular* | ≥130/80 | 120-130/70-80 | ≥140/90 | 130-140/70-80 | ≥150 | 130-140/70-80 |

* Yüksek risk tanımı bir sonraki tabloda verilecektir.

HİPERTANSİYONDA TEDAVİ YAKLAŞIMI



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

RİSK TEMELLİ YAKLAŞIM

- Kan basıncı 130-139/80-89 mmHg aralığında olan ve yaşı <65 olan bireylerde “risk temelli” yaklaşım savunulmaktadır
- Risk değerlendirmesi, ideal olarak SCORE puanlaması kullanılarak yapılsa da klinik pratikte çok da yaygın kullanılmamaktadır
- Basit bazı hasta özellikleri temelli bir risk belirleme metodu ile SCORE puanı >%5 olan bir hasta popülasyonu saptanabilir
- Risk değerlendirmesine göre kan basıncı 130-139/80-89 mmHg olan olgularda "yüksek riskli" olarak tanımlananlarda, 6 aylık yaşam tarzı değişikliği uygulamasını takiben ilaç tedavisi başlanması düşünülmelidir

RİSK DEĞERLENDİRMESİNDE ÖNERİLEN YÖNTEM

Aşağıdakilerden en az 2 majör veya en az 1 majör + 2 minör kriter veya majör kriter olmaksızın 3 minör kriter bulunması durumunda hipertansiyon hastası “yüksek riskli” kabul edilir

Majör risk kriterleri

- KBH – tGFH < 60 ml/dakika
- DM
- KAH

Minör risk kriterleri

- Sigara kullanımı
- Yaş = 55 – 65
- LDL > 130 mg/dL

İLAÇ SEÇİMİ

➤ **Ek bir hastalığı olmayan hipertansif bireylerde ilaç tedavisine aşağıdaki dört grup ilaçtan [tarihsel gelişim sırasıyla]**

❖ diüretikler

❖ kalsiyum kanal blokerleri (KKB)

❖ anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri

❖ anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)

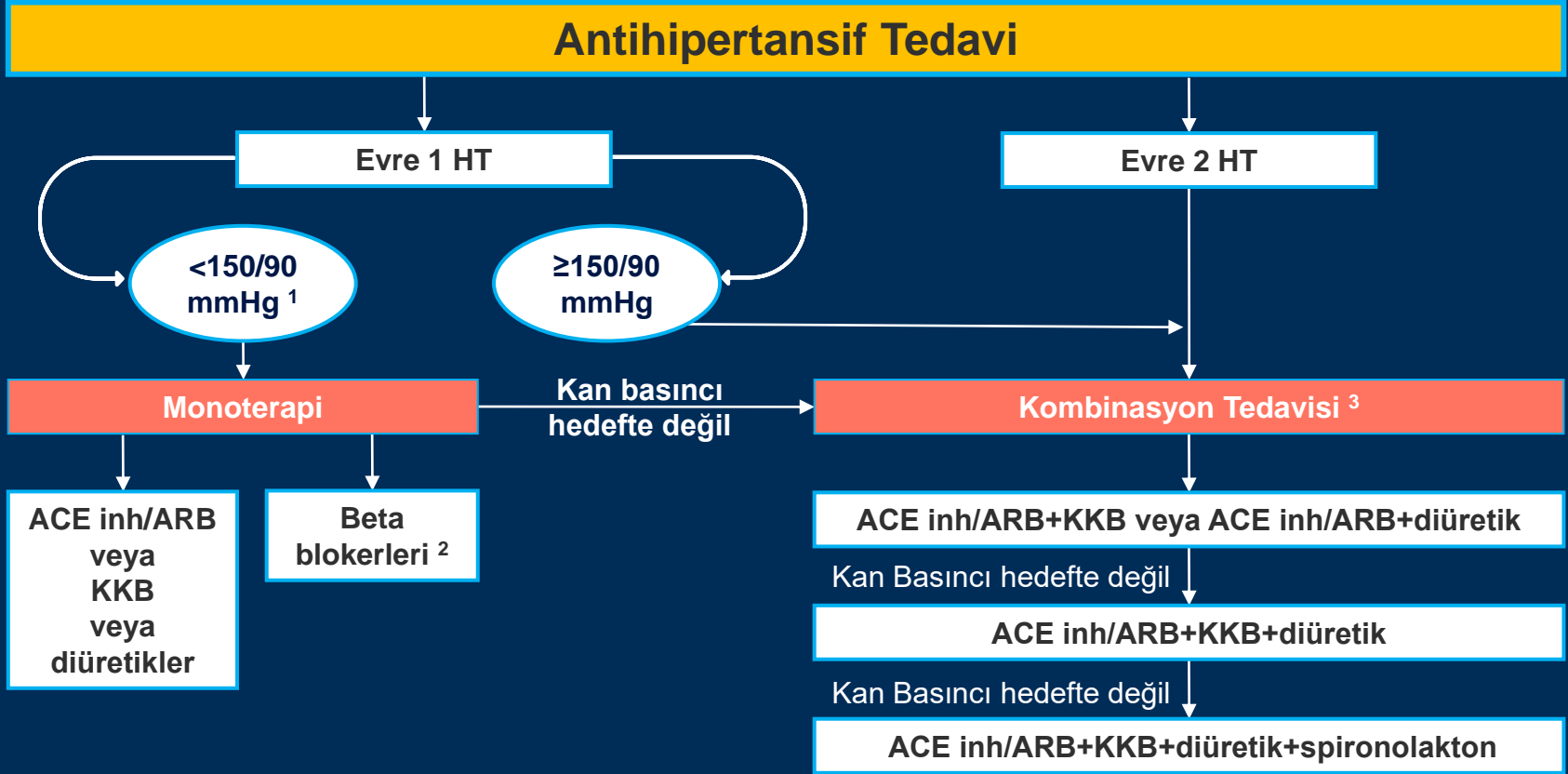
herhangi biri ile veya kombinasyonu ile (ACE inhibitörü ve ARB kombinasyonu hariç) başlanabilir

➤ **Beta blokerler, atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği veya koroner arter hastalığı gibi hastalıklarda hipertansiyon tedavisi için ilk seçenek olarak kullanılabilir**

İL AÇ SEÇİMİ

- Monoterapi ile kan basıncı hedef değerlerine ulaşma oranının düşük olması nedeniyle kan basıncı $>150/90$ mmHg olanlarda ilk basamakta tedaviye kombinasyon tedavisi ile başlanması önerilir
- Hasta uyumu açısından tek tablette kombinasyon tedavisi tercih edilmelidir
- Tedavide birden fazla tablet kullanılıyorsa, en az birinin akşam saatlerinden sonra verilmesi önerilir

HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE İLAÇ SEÇİMİ AKIŞ ŞEMASI



¹ Kan basıncı hedefinin ≤ 130 mmHg olduğu durumlarda doğrudan kombinasyon tedavisi başlanabilir.

² Betablokerler spesifik bir neden olması durumunda (KKY, KAH, angina pectoris veya gebelik planlayan hasta) başlanabilir.

³ 3 veya 4 ilaç gerektiren durumlarda tedavi etkinlik ve uyumunu artırmak için ilaçlardan en az birinin serbest doz kombinasyonu şeklinde ve sabit doz kombinasyondan farklı zamanda uygulanması (biri sabah diğeri akşam) önerilir.

HT: Hipertansiyon; ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim; ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri; KKB: Kalsiyum kanal blokerleri

İLAÇ SEÇİMİ

- İlaç seçiminde ilaç kontrendikasyonları, hasta cevabı ve tolere edilebilirlik dikkate alınmalıdır
 - Eğer kan basıncı yeterli dozda verilen ve biri diüretik olan en az üç ilaçla kontrol edilemiyorsa, hastada
 - ❖ dirençli hipertansiyon veya sekonder hipertansiyon
- var olduğu düşünölmeli ve bu durumda uzman hekime sevk veya diğer tedaviler gündeme alınmalıdır

ANTİHİPERTANSİF İLAÇLARIN KONTRENDİKASYONLARI

| İlaç | Kesin kontrendikasyon | Göreceli kontrendikasyon |
|---|--|--|
| Diüretikler (tiyazid veya tiyazid benzerleri) | Gut | Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalsemi, hipokalemi |
| Kalsiyum kanal blokerleri (dihidropiridinler) | Yok | Taşiaritmi, kalp yetmezliği |
| Kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltiazem) | AV blok (2. veya 3. derece, trifasiküler blok), ciddi sol ventrikül sistolik disfonksiyonu | |
| ACE inhibitörleri | Gebelik, anjionörotik ödem, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu | Gebelik planı olan kadınlar |
| Anjiyotensin reseptör blokerleri | Gebelik, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu | Gebelik planı olan kadınlar |
| Beta blokerler | Astma, AV blok (2. veya 3. derece) | Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, sporcu veya aktif kişiler, KOAH |

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Yaşlılar

- ❖ Yaşı ≥ 80 olan hastalarda tedavi başlama eşiği **sistolik kan basıncı ≥ 150 mmHg**, tedavi hedefi **130-140 mmHg**'dir
- ❖ Yaşı ≥ 65 olan hastalarda ilaç tercihinde 4 grup ilaçtan (diüretikler, KKB, ACE inhibitörleri ve ARB) herhangi biri veya kombinasyonu (ACE inhibitörü ve ARB hariç) kullanılabilir
- ❖ Özellikle düşükün yaşlılarda veya ortostatik hipotansiyon riski olan yaşlılarda tedaviye tek ilaçla başlanması, doz artışlarının ve kombinasyona geçişlerin daha yavaş yapılması (**düşük başla yavaş artır**) önerilir

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Diyabetikler

- ❖ Kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır
- ❖ Tedavide,
 - ✓ diyastolik kan basıncı hedefi:
 - tüm yaş gruplarında 70–80 mmHg'dir
 - ✓ sistolik kan basıncı hedefi:
 - >65 yaş olgularda 130–140 mmHg,
 - ≤ 65 yaş olgularda ise 120–130 mmHg'dir
- ❖ Tedaviye tek ilaçla başlanacaksa ACE inhibitörü veya ARB grubu ilaçlardan birinin seçilmesi önerilir

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Koroner arter hastaları

- ❖ Kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır
- ❖ Tedavide,
 - ✓ diyastolik kan basıncı hedefi:
 - tüm yaş gruplarında 70–80 mmHg'dir
 - ✓ sistolik kan basıncı hedefi:
 - >65 yaş olgularda 130–140 mmHg
 - ≤ 65 yaş olgularda ise 120–130 mmHg'dir
- ❖ Tedavide tercih edilecek ilaç grupları beta blokeri, ACE inhibitörü, ARB veya KKB'dir

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Kronik böbrek hastaları

- ❖ Kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç tedavisine başlanmalıdır
- ❖ Tedavide,
 - ✓ diyastolik kan basıncı hedefi:
 - tüm yaş gruplarında 70–80 mmHg'dir
 - ✓ sistolik kan basıncı hedefi:
 - >65 yaş olgularda 130–140 mmHg,
 - ≤ 65 yaş olgularda ise 120–130 mmHg'dir
- ❖ 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.

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

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 ciddi komplikasyonlara neden olabildiğinden gebelik süresince her prenatal vizitte kan basıncı ölçümü yapılarak preeklampsi taraması önerilmektedir

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

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

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Gebelik ve laktasyon

- ❖ Hipertansiyon tanısı olan ve gebelik oluşan veya planlanan hastalarda antihipertansif tedavide aşağıdakiler kullanılmalıdır:
 - ✓ metildopa,
 - ✓ labetolol veya
 - ✓ Nifedipin
- ❖ Zorlayıcı endikasyonlar olmadıkça diüretik kullanımından kaçınılmalıdır
- ❖ ACE inhibitörü ve ARB grubu ilaçların gebelik süresince kullanımları fetotoksik olmaları nedeniyle kontrendikedir

ÖZEL HASTA GRUPLARINDA HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Gebelik ve laktasyon

- ❖ Antihipertansif ilaçların laktasyon döneminde kullanımlarıyla ilgili çok önemli kısıtlamalar yoktur
- ❖ Esasen bilinen tüm antihipertansif ilaçlar anne sütüne geçmektedir. Ancak geçiş çok düşük konsantrasyondadır
- ❖ Ancak **propranolol** ve **nifedipin**'in anne sütündeki konsantrasyonu maternal plazma ile aynıdır. Bu nedenle, bu iki ilaç **laktasyonda mümkünse kullanılmamalıdır**
- ❖ **Metildopa**'nın postpartum depresyonla ilişkili olabileceği gösterildiğinden bu ilaç **laktasyonda kullanılmamalıdır**



ANTİHİPERTANSİF İLAÇ KULLANAN HASTALARIN TAKİBİ



ANTIHIPERTANSİF İLAÇ KULLANAN HASTALARIN TAKİBİ

- Antihipertansif ilaç tedavisi başlanan veya tedavi rejiminde değişiklik yapılan hastalarda kan basıncı kontrolünün sağlanıp sağlanmadığı 3-4 hafta sonraki kontrolde değerlendirilmelidir
- İlaç bu süre içerisinde hiç etki göstermezse, başka bir antihipertansif gruba veya kombinasyon tedavisine geçilmesi önerilir
- Hastalar, imkanları varsa ev kan basıncı ölçümlerini yaptırarak kontrole çağrılmalıdır
- Kontrolde ilaçların yan etkileri de mutlaka değerlendirilmelidir



İL AÇ UYUMU VE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ



İLAÇ UYUMU VE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ

Hipertansiyon tedavisinde başarılı olabilmenin temel şartları:

- ❖ hastaların zamanında ve doğru tanı almasını sağlamak,
- ❖ yaşam tarzı değişikliklerini etkin bir şekilde uygulamak,
- ❖ ilaç tedavisine zamanında başlamak,
- ❖ mutlaka ilaç uyumunu sağlamaktır

İLAÇ UYUMU VE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ

Dikkat edilmesi gereken hususlar:

1. Hastanın hastalığını anlamasına yardımcı olunmalı ve bilgilendirme için gerekirse yazılı kaynaklar temin edilmelidir
1. Yaşam tarzı önerilerinin ilaç tedavisi kadar önemli olduğu anlatılmalıdır
1. Hastalığın kronik olduğu, ilaçların sürekli alınması ve düzenli kontrollere gelinmesi gerektiği anlatılmalıdır
1. Kan basıncı kontrolde olan hastalarda tıbbi başka bir gerekçe olmadıkça antihipertansif ilaç değişikliği yapılmamalıdır. Gereksiz ilaç değişiklikleri tedavi uyumunu bozmaktadır

İLAÇ UYUMU VE KAN BASINCI KONTROLÜNÜN İYİLEŞTİRİLMESİ

Dikkat edilmesi gereken hususlar:

5. Kan basıncı kontrolde olmayan hastaların tedavisine gerektiğinde ilaç eklemekten kaçınılmamalıdır
5. Hastaya yeterince zaman ayrılmalı, hastanın kendini anlatmasına izin verilmeli ve hastayla iyi bir iletişim kurulmalıdır
5. Gelişen teknolojiyle birlikte “tele-tıp” uygulamalarının kan basıncı kontrolü ve ilaç uyumu için de kullanılmaya başlanması önerilir

2019 RAPORUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

| HT Uzlaşı Raporu 2015 | HT Uzlaşı Raporu 2019 |
|---|--|
| Kan basıncı 130-139/85-89 mmHg ise "yüksek normal kan basıncı" olarak sınıflandırılır. | Kan basıncı 120-139/80-89 mmHg ise "artmış kan basıncı" olarak sınıflandırılır. |
| Antihipertansif ilaç tedavisinde monoterapide ilk basamakta 5 grup ilaçtan (ACE inhibitörü, ARB, KKB, diüretik, betabloker) biriyle başlanabilir. | Antihipertansif ilaç tedavisinde monoterapide ilk basamakta 4 grup ilaçtan (ACE inhibitörü, ARB, KKB, diüretik) biriyle başlanabilir. Betablokerleri spesifik durumlar (atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı gibi) dışında ilk basamakta tercih edilecek ilaç gruplarından biri değildir. |
| Kan basıncı $\geq 160/10$ mmHg ise tedaviye kombinasyon tedavisiyle başlanması önerilir. | Kan basıncı $\geq 150/90$ mmHg ise tedaviye kombinasyon tedavisiyle başlanması önerilir. |
| Yüksek normal kan basıncı grubunda yaşam tarzı değişikliği önerilir. | Artmış kan basıncı grubunda risk temelli yaklaşıma göre ilaç tedavisi düşünülebilir. |
| Sekonder hipertansiyon, gebelik ve laktasyon konularında bilgi yok. | Sekonder hipertansiyon, gebelik ve laktasyon konuları eklendi. |
| Yaşı ≥ 80 olanlarda ilaç tedavisi başlanması için eşik klinik sistolik kan basıncı düzeyi 160 mmHg'dir. | Yaşı ≥ 80 olanlarda ilaç tedavisi başlanması için eşik klinik sistolik kan basıncı düzeyi 150 mmHg'dir. |
| | Yaş ve komorbid durumlara göre kan basıncı hedef değerleri yeniden detaylı şekilde tarif edilmiştir. |



TÜRK HİPERTANSİYON UZLAŞI RAPORU

2019