

Şiddetli Asemptomatik Hipertansiyonda Acil Sonlanımlar

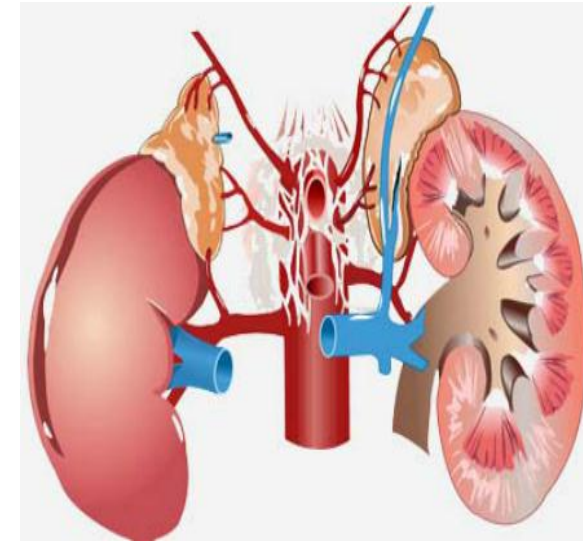
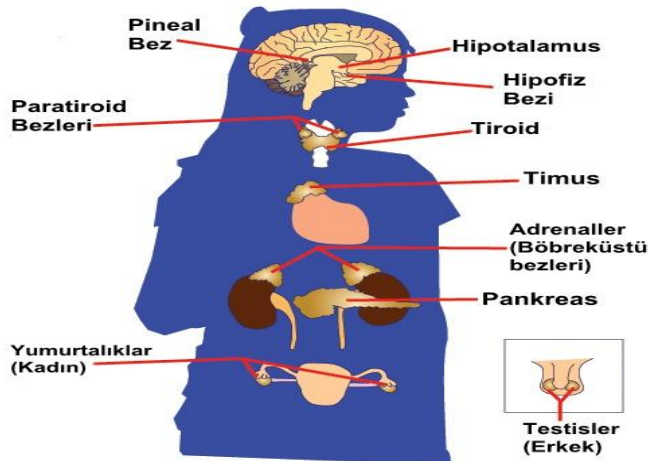
Dr.Onur İncealtın
Medeniyet Üniversitesi Göztepe
EAH

Düşmanını Tanı

Focus dergisi
90 yıl sonra gün ışığında
Osmanlı Ordusu'nun 1915 yılında
subaylarına dağıttığı
''Düşmanın Tanı'' kitapçığı,
tarihe ışık tutuyor.



ENDOKRİN SİSTEMİ



Olağan Şüpheli

Böbreğin rolü-deneysel kanıtlar

- Spontan hipertansif
- Dahl tuz duyarlı
- Milan HT
- Prague HT

Normotansif sıçanlara
böbrek transplantasyonu

Hipertansiyon

- Normal sıçan

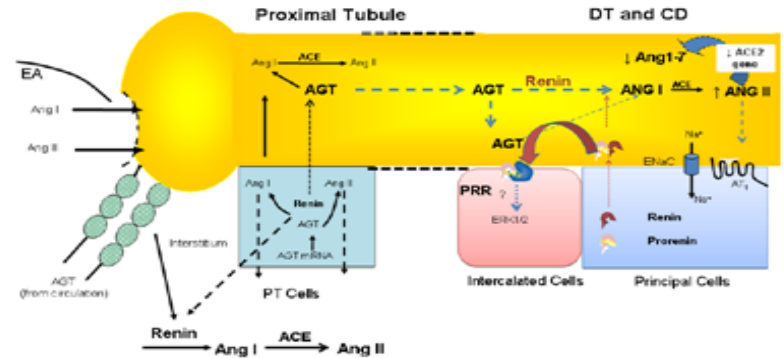
Spontan hipertansiflere
böbrek transplantasyonu

KB normalleşmesi

Kan basıncı düzeyini böbreğin genetik özellikleri belirler.
Sistemik vasküler hastalık hipertansiyonun temel sebebi olamaz.



Intrarenal RAS



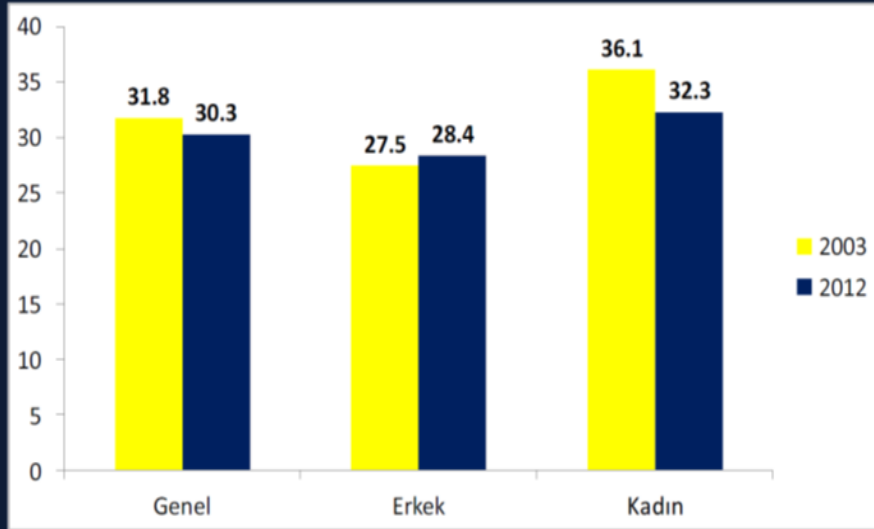


- * Primer hipertansiyon, genetik, çevresel ve intrauterin çevresel faktörlere bağlı olarak, **böbreğin normal kan basıncı düzeylerinde** su ve sodyumu vücuttan uzaklaştırmasındaki primer ya da sekonder yetersizlik sonucu gelişir.
- * Böbrek-hipertansiyon ilişkisinde iskemi, oksidatif stres ve inflamasyona bağlı yapısal ve işlevsel böbrek bozuklukları rol oynar.

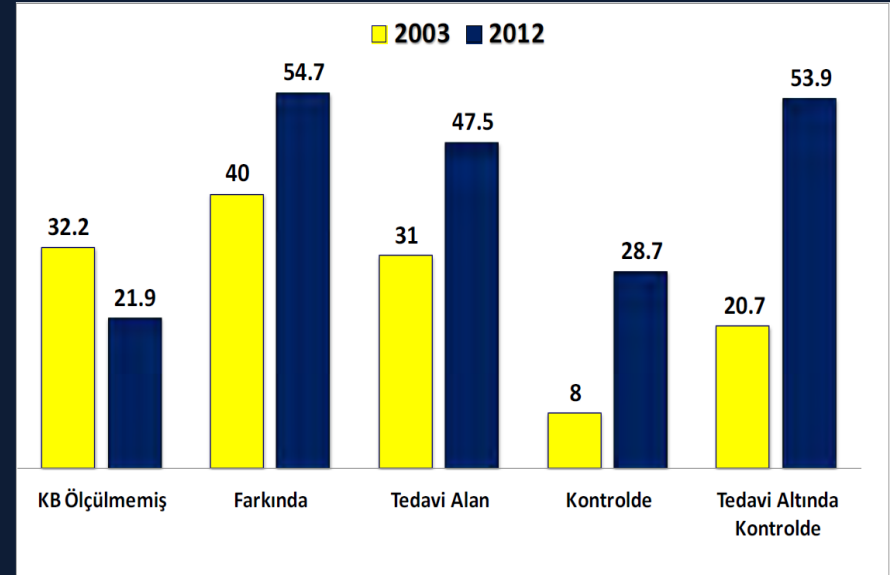
Hipertansiyon bir böbrek hastalığıdır.

Hipertansiyon

- * Erişkinlerde **sistolik KB ≥ 140 mmHg** ve/ veya **diyastolik KB ≥ 90 mmHg** olması hipertansiyon (yüksek KB)
- * Hipertansif acil (emergency) durum
- * Hipertansif ivedi (urgency) durum
- * **Şiddetli hipertansiyon (Organ hasarı olmaması)**
- * Malign hipertansiyon



Altun B, Arıcı M, et al. Journal of Hypertension. 23(10):1817-1823, 2005
Patent 2, www.turkhipertansiyon.org, 2012



Altun B, Arıcı M, et al. Journal of Hypertension. 23(10):1817-1823, 2005
Patent 2, www.turkhipertansiyon.org, 2012



HİPERTANSİYON TANISI

Klinik Kan Basıncı Ölçümü $\geq 140/90^*$



* Kan basıncı ölçümü ilk muayenede iki koldan ayrı ayrı yapılmalı ve takiplerde yüksek ölçülen kol kullanılmalıdır. Hastadan en az 2 ölçüm yapılarak kan basıncı ortalamasına göre tanı akışı kullanılmalıdır.

** Bu ölçümler sırasında hikaye, 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.

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı

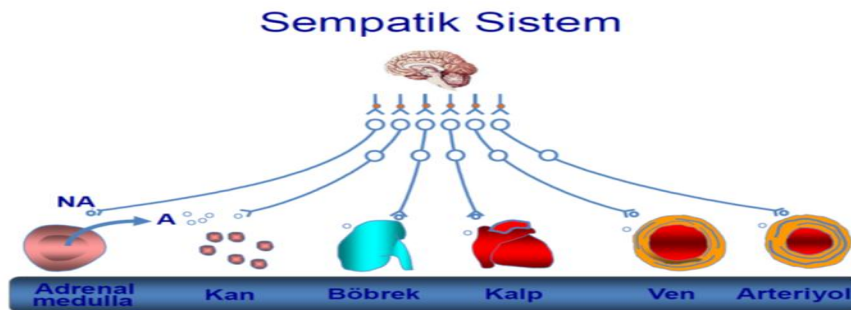
Tehlike Ne Zaman?

- * Hipertansiyonun fiili tanımı, düşürmenin yararlarının düşürmemenin yararlarından fazla olmaya başladığı seviyedir."

Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik (mm Hg)	Diastolik (mm Hg)
Normal	< 120	ve < 80
Prehipertansiyon	120-139	veya 80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	veya 90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥ 160	veya ≥ 100

	Sistolik		Diastolik
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Yüksek-normal	130-139	veya	85-89
Hipertansiyon			
<i>evre 1</i>	140-159	veya	90-99
<i>evre 2</i>	160-179	veya	100-109
<i>evre 3</i>	>180	veya	>110
İzole Sistolik	>140		<90

Adrenerjik reseptörler	Agonist etki
α -1	Vazokonstriksiyon
α -2 santral etki α -2 periferik etki	Vazodilatasyon Venokonstriksiyon
β -1	Kardiak atım hacminde artış, renin artışı, lipoliz
β -2	Vazodilatasyon, bronkodilatasyon
Parasempatik	Kardiak atım hacminde ve kalp hızında azalma



Asemptomatik Hipertansiyon

- * SKB **en az 180 mmHg** ve/veya diastolik kan basıncının **en az 110 mmHg** olduğu (bu sınırı 120 mm Hg olarak tanımlayanlar da var) ve buna end-organ hasarının eşlik etmediği durumlara hipertansif ivedi durum (hypertensive urgency) .

Yeşil Alan Triadı

- * Başım çatlıyor, Tansiyonum fırladı, Küçüğü kaç

Sebepler ?

- * Anksiete.. (Emosyonel stres)
- * Ağrı (Baş ağrısı özellikle)
- * Kokain kullanımı
- * Alkol kesilmesi
- * Antihipertansif ilaç kullanımının bırakılması
- * Dekonjestan kullanımı (İlaç Kullanımı sorgula)
- *



Anksiyete

- * Tansiyon" evrendeki en önemli gizemli durum?,
- * Söz konusu kan basıncı yüksekliği primer mi?

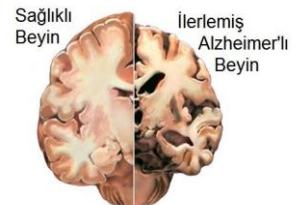


- * "Tansiyonum yükseldi"; Aile içi tartışma, geçmeyen baş ağrısı, sınav stresi, işten atılma, çocuğun hastalanması, Fb li olmak.. ...



Hipertansiyon -Psikiatri

- * Hipertansiyonlu kişiler genelde öfkeli insanlardır. Öfkeyi içine atan insanlar...
- * Hipertansiyon **kognitif değişikliklere** yol açabiliyor. İnsanların plan yapma, planı gerçekleştirme ve sona erdirmeyeyle ilgili hep kognitif özelliklerin sergilendiği hallerdir. Bu noktada bir sorun olması halinde kişi engellere tahammül edemeyebilir. Öfke..
- * **Noktürnal penil tımesans (NPT)** .. REM uykusu sırasında ortaya çıkan penis ereksiyonuna verilen isimdir. NPT negatifliğine hipertansiyonda sık rastlanmaktadır. O halde hadise stresten çok organik bir etyolojiye dayanmaktadır. Daha çok damarsal...
- * Depresyon, demans, panik bozukluk, belirli kişilik bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ana hastalık gruplarını teşkil etmektedir.



Ağrı- Tansiyon

- * Ağrı, tek başına bir stres faktörüdür.
- * Hastanın herhangi bir yerde ağrısı var ise (özellikle baş ağrısı), kan basıncı zaten fizyolojik yanıt olarak yükselecektir
- * Yeterli analjezi sağlandığında antihipertansif tedavi gerekliliği ortadan kalkabilir

Enseden başlayan baş ağrısı fenomeni



Kritik 2 Soru



1- Hedef organ yaralanmasına yönelik tarama yapılması, komplikasyon gelişme oranını düşürür mü?

- * Acil servise asemptomatik kan basıncı yüksekliği ile başvuran hastalarda hedef organı hasarı açısından "rutin" tarama yapılması (serum kreatinini, idrar tetkiki, EKG gibi) **gerekli değildir**.
- * Seçilmiş hasta gruplarında hastalarda serum **kreatinine** bakılması, hastanın yatış kararını etkileyebilecek altta yatan bir böbrek hasarı gibi bir durumu saptayabilir. (jnc-8 ,esc,acep)

2- Acil servise asemptomatik kan basıncı yüksekliği ile başvuran hastalarda acil servis koşullarında medikal tedavide bulunulması, komplikasyon gelişme oranını düşürür mü?

- * "Rutin" müdahalenin gereksiz olduğu belirtilip yine "seçilmiş" hasta gruplarında acil servis içinde kan basıncının düşürülebileceği veya uzun dönem tedavinin acil serviste başlanabileceği de eklenmiş (konsensus önerisi).
- * JNC-8'de olduğu gibi bu hastaların mutlaka poliklinik takiplerinin sağlanması gerektiği de vurgulanmış.

Seçilmiş Hasta



METABOLİK SENDROM

1. Abdominal obesite
2. AKŞ de değışme
3. KB> 130/ 85 mmhg
4. Düşük HDL-Kolesterol
5. Yüksek TG



Beş risk faktöründen üçünün bulunması metabolik sendroma eşlik eder.



Kan Basıncı Ölçümü Doğru mu?

- * Kan basıncı takibi konusunda da teknik bir sıkıntı var..
- * Ölçülerin çoğu yanlış..
- * Doğru kan basıncı takibi için ölçümlerinin hiçbir ağrı sızı yokken, **emosyonel stres faktörü yokken**, en az 15 dakikalık istirahat sonrası yapılması gerekiyor.
- * Aksi takdirde ölçülecek sonucun olması gerekenden daha yüksek çıkacağı ve tedaviyi yanlış yönlendirebileceği vurgulanmalı.



Seçilmiş Hastada Tedavi

- * Düşük-orta risk grubunda organ hasarı olmayan evre 1 hipertansiyonda "**hemen**" ilaç başlamak yerine hastanın durumuna göre birkaç hafta, hatta birkaç ay yaşam şekli önerileri ile takip yapılabilir;
- * İzole sistolik hipertansiyonu olan gençlerde ise non-farmakolojik tedavi ile takip önerilmiştir.

Sarı Işık

- * Genel olarak "yaşlı hastalarda tedaviye başlangıç sınırı SKB'nin $>150-160$ mmHg olması, hedef değerin ise SKB'nin <150 mmHg olması önerilmektedir.
- * Yaşlılarda izole sistolik HT tedavisinde diüretikler ve kalsiyum antagonistleri tercih edilebilir.



İlaç Tercihleri

- * Diüretikler (tiyazidler, klortalidon, indapamid),
- * Beta blokerler,
- * Kalsiyum antagonistleri,
- * Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve
- * Anjiyotensin reseptör blokerleridir.

JNC-8; Öneri 6

- **Başlangıç tedavi olarak aşağıdaki antihipertansif ilaçlar önerilmemekte**
 - α + β -bloker (karvedilol)
 - Vazodilatatör β -bloker (Nebivolol)
 - Direkt renin inhibitörleri
 - Spirinolakton
 - Furosemid
- Önerilen 4 grup ilaçla (tiyazid, KKB, ACE-i, ARB) bu ilaçları karşılaştıran yeterli çalışma yok

Tedaviye Uyumsuz Hasta

- * Genellikle tedaviye uyumsuz kronik hipertansiflerde, hipoksi, ağrı, mesane doluluğu, **uyku bozukluğu** düzeltilmeli.
- * Kan basıncı $> 180/110$ mmHg ise tedavi edilmeli. Hedef, kan basıncını 24 saat içinde $160/100-110$ mmHg'ye düşürmek olmalı.
- * Oral ilaçlarla-hastane dışında tedavi yapılabilir. Etiyolojik sebep araştırılmalı (renovasküler). Uzun süreli tedavide genellikle 2-3 ilaç kombinasyonu gerekir..

ACE İNHİBİTÖRLERİ



- * En uygun seçim, mevcut en hızlı etkili oral anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü olan ve dilaltı uygulaması da mümkün olan **captopril**dir.
- * **Captopril**, özellikle renovasküler hipertansiyonlu olgularda hem tedavi, hem de plazma renin aktivitesi örnekleme için tanısal amaçlı olarak uygun bir seçimdir.
- * Ancak böbrek yetmezliği ve intravasküler volüm eksikliği durumlarında riskli olabileceği unutulmamalıdır.

Şehir Efsaneleri

