

Hipertansiyon'a Toplumsal ve Bireysel Yaklaşım

Ali EKMEKÇİ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Bilim Dalı - İstanbul

Dünyanın değişik toplumlarında, yaklaşık her 4-8 kişiden birinin arter kan basıncı yüksektir. Bu insanların bir kısmında hipertansiyona bağlı ciddi hayati organ (kalb, damar, beyin, böbrek v.b.) komplikasyonları gelişmiş; diğerleri ise bu tehlikeler ile başbaşa bulunmaktadır. Yapılan klinik ve nekropsi çalışmaları, kalb ve damar hastalıklarının % 75; beyin damar olaylarının % 90; böbrek hastalıklarını % 90; aorta anevrizması ve yırtılmasının % 90 nedeninin altında hipertansiyonun yattığını göstermiştir (1). Hipertansiyon sinsi başlayan, çoğunlukla belirti vermeden gelişen, dinamik ve ancak ciddi hayati organ harabiyeti oluştuktan sonra dikkati çekerek tedavisine başlanan tehlikeli hastalıklardan birisidir.

HİPERTANSİYONA TOPLUMSAL YAKLAŞIM

Hipertansiyon, ya toplum taramaları sırasında veya bireysel genel kontrollarda saptanır. Toplumsal tarama, hastaların saptanmasını ve istatistik bilgi edinmeyi sağlar. Ancak hipertansif hastaların çoğunun, hayat boyu bir "Hipertansiyon Merkezi"nde takip ve tedavi altında kalması gerekir. Bu nedenle, hipertansiyon merkezleri kurulmadan büyük emek ve para gerektiren taramalar yapmanın bir anlamı yoktur.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 140/90 mmHg.'i normal tansiyonun üst sınırı, 140-180/90-95 mmHg.'i hudutta hipertansiyon ve 161/95 mmHg. üzerini hipertansiyon olarak belirlemiştir. Yine WHO, hipertansiyonun ağırlık derecesini diastolik basınç değerlerine göre sınıflandırmıştır. Diastolik basınç ne kadar yüksek ve uzun süre kalıcı ise, hipertansiyon o derece ağırdır. Ancak, hipertansiyonun ağırlık derecesini yalnız diastolik basınç saptamaz, komplikasyonları hazırlayan ve hızlandıran diğer "Risk Faktörleri" de dikkate alınmalıdır.

Hipertansiyon zemininde yatan patoloji, hemen her hastada saptanan değişik derecelerdeki "Vazokonstriksiyon"dur. Direnç damarlarındaki vazokonstriksiyon ne kadar ağır ve kalıcı ise ve başka risk faktörleri de devreye girmişse, hedef organ lezyonu o derece ciddidir ve hızla gelişir.

HİPERTANSİYONA BİREYSEL YAKLAŞIM

hipertansiyon, sistemik arter kan basıncının ölçülmesi ile saptanır. Ölçüm hastaya ve ölçüme uygun tansiyon aleti (tercihan cıvalı) ile, bir hafta içinde en az 3 kez, yapılmalıdır. Tansiyon; hasta 10 dak. yattıktan, 2 dak. ayakta durduktan ve 5 dak. oturduktan sonra ölçülmelidir. Her iki üst ve her iki alt ekstremitte tansiyonları da saptanmalıdır. Hipertansiyonun % 90'ı primer kaynaklıdır, belirli bir neden saptanamaz. % 10'u ise sekonderdir. Sekonder hipertansiyon; büyük çoğunlukla vasküler (aorta koarktasyonu, reno-vasküler), endokrin ve böbrek kaynaklıdır. Poliklinikte primer ve sekonder hipertansiyonun basit fizik ve laboratuvar tetkiklerle birbirinden ayrılması çoğunlukla mümkündür. Her hipertansif hastaya primer gözü ile bakılsa dahi hata oranı % 10'dur. Klinik görünümleri ile hastaları 8 gruba ayırmak mümkündür.

1. Karakteristik Fenotip: Gushing Sendromu, Akromegali, Basedow (hipertiroidi), ilk bakışta kolaylıkla tanınır. Hipertiroidide ağır tansiyona rastlanmaz,

2. Karakteristik Kardiyovasküler Bulgular: Aorta koarktasyonu, sekonder hipertansiyonun sık rastlanan bir nedenidir. Hastanın ayakları soğuktur ve/veya klodikasyon yakınmaları vardır. Femoral nabız zayıftır, popliteal arter basıncı brakial'den daha düşüktür. Hastanın sırtında kalb dışı bir üfürüm duyulur. Sol subklaviya arteri de koarktasyondan etkilenmiş ise, hipertansiyon yalnız sağ kolda saptanır. Teleradiografide; köslalann alt kenarı üzerinde, interkostal arterlerde gelişen kollaterallerin oluşturduğu çentikler saptanır. Aorta kavisi kaybolmuştur. Post-stenotik aorta dilatasyonu, aortaya 3 sayısına benzer bir görünüm verir. Sol ventrikül hipertrofisi ve/veya dilatasyonu vardır. Teleradiografi normal görünümde de bulunabilir.

3. Hudutta Hipertansiyon: Tüm nüfusun yaklaşık % 10'unda "Hudutta Hipertansiyon" bulunur (2). Bu hastalar, 10-20 yıl içinde "Yerleşmiş Hipertansiyon"a dönüşür, kardiyovasküler kompli-

kasyonlara da % 20 oranında rastlanır. Ek risk faktörleri ortadan kaldırılırsa, hastaların % 20'sinde kan basıncı normale döner; % 20'sinde ise yükselir. Bu durumda ek laboratuvar tanı işlemleri yapılmalıdır.

4. Genç veya Orta Yaşlılarda Yerleşmiş Hipertansiyon: Bir erişkinde kan basıncı 160/95 mmHg. üzerinde kalıcı olarak bulunuyorsa "Yerleşmiş Hipertansiyon" adını alır (3). Çocuklarda da hipertansiyona rastlanır. 4-7 yaş arasındaki çocuklarda 120/78 mmHg., 8-10 yaş arasındakilerde 127/80 mmHg., 11-15 yaş arasındakilerde ise 137/82 mmHg. üzerindeki arter kan basıncı "Hipertansiyon" sayılmaktadır (4).

35 yaşından küçük bir hastada, hipertansiyon derecesi ne olursa olsun, ayrıntılı araştırmaya gidilmelidir. Genç hastalarda sekonder hipertansiyon oranı yüksek; cerrahi girişim gerekirse, mortalite oranı düşüktür. Orta yaşta ise, primer hipertansiyona sık rastlanır.

Genç hastalardaki sekonder hipertansiyonun sık rastlanan (% 2) bir nedeni "Reno-Vasküler Hipertansiyon"dur. Hastaların % 46'sında (primer hipertansiyonda % 8) periumblikal üfürüm duyulur (5). Periumblikal üfürüm ile birlikte karakteristik intravenöz-piyelografi (IVP) bulguları tanıyı güçlendirir (% 95) (6). Hasta çocuk ya da genç erişkin ise, (IVP) normal bulunabilir. Erken dönemde, cerrahi girişim veya transfemoral intraluminal dilatasyon sonuçları çok iyidir.

Feokromositoma; sekonder hipertansiyonun sık rastlanan diğer bir nedenidir. Anamnez ve klinik bulgular feokromositoma'yı düşündürüyorsa 24 saat idrarda; total katekolamin, vanilmandelik asit ve metanefrin (en faydalısı) tayinleri yapılmalıdır. Kesin tanı ve cerrahi girişim için lokalizasyon çalışmaları (arteriyografi, selektif böbrek arteriyografisi, sürrenal flebografi, bilgisayarlı tomografik tarama) yapılmalıdır.

5. Hipopotasemik Hipertansiyon: Hipertansif bir hastada ekzojen nedenlerle (diüretikler, mineralokortikoidler, laksatifler, oral kontraseptifler, alkol ve kolalı meşrubat), böbrek veya sürrenal hastalıklarına bağlı olarak hipopotasemi gelişebilir. Bu hastalarda her zaman primer hiperaldosteronizm bulunması gerekmez.

Hipopotasemik hipertansiyonda önce ekzojen nedenler ortadan kaldırılmalı; tansiyon düşmüyorsa, hastanın yaşı ve hastalığın ağırlığı dikkate alınarak, cerrahi girişime ışık tutacak ileri tanı işlemleri yapılmalıdır. Hastada fundus okuli kanamaları ve papille-

dema ile birlikte malign bir hipertansiyon varsa, plasma renin aktivitesi (PRA) ve aldosteron düzeyleri de yüksekse, mutlaka sekonder hiperaldosteronizm düşünülmelidir (7). Serum K⁺'u çok düşük (2.8 mEq/L altında), PRA'sı düşük, plazma ve idrar aldosteron'u yüksek ise (yatarken) primer hiperaldosteronizm akla gelmelidir (5). Tipik hiperenine-mik hiperaldosteronizm endokrin tablosu bulunan hipertansif hastalarda daha spesifik tanı testleri yapılmalıdır.

Aldosteron salgılayan adenomaya bağlı hipertansiyon (Conn Sendromu), cerrahi girişim ile tedavi edilebilir. Hastaların % 70-80'inde adenoma, % 20-30'unda ise bilateral sürrenal hiperplazisi bulunur. Bilateral hiperplazide plazma aldosteronu (ayakta iken) genellikle artmış bulunur. Bu artma, adenomada saptanmaz. Adenoma yeterli büyüklükte ise, bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi ile saptanabilir.

6. Böbrek Yetersizliği ve Hipertansiyon: Basit idrar tahlili, serum kreatinini ve üre (BUN) düzeyleri ve gereğinde (IW), böbrek hastalığının ve yetersizliğinin cinsini ve derecesini saptamada yardımcı olur. S. kreatinini 2 mg/dl üzerinde ise, kesin olarak bilateral ileri derecede bir böbrek hastalığının bulunduğu gösterir. Hidronefroz varsa, engelin ortadan kaldırılması ile hem böbrek fonksiyonları düzelir, hem de hipertansiyon giderilebilir.

7. Yaşlılarda Hipertansiyon: 60 yaş üzerindeki hastalarda sekonder hipertansiyon araştırmalarına gerek yoktur. Çünkü bu hastalarda, ağır aterosklerotik gelişmeler vardır, cerrahi uygulama da düşünülemez; komplikasyonları ve mortalite oranları yüksek, alınacak sonuçlar ise şüphelidir. Yaşlılarda hipertansiyonun etiyolojik ayırıcı tanısını yapmak yerine, gerekli ise farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Ancak, nadir hallerde cerrahi uygulama ile düzelebilecek bir nedene bağlı olan ve farmakolojik tedaviye cevap vermeyen ağır hipertansiyon, progresif bir böbrek yetersizliğine neden oluyorsa cerrahi uygulama düşünülebilir.

8. Kontrolü Zor Hipertansiyon: Farmakolojik tedaviye cevap vermeyen inatçı hipertansiyonda başlıca a) teknik problemler (uygun olmayan aletlerle yanlış ölçüm yapılması), b) oral kontraseptiflerin veya diğer östrojenlerin kesilmemesi, c) yeterli dozda, düzenli ve uygun ilaç alınmaması, d) ilaç yan etkileri, e) sodyum/volüm retansiyonu vb. sorunlar akla gelmeli, tanı ve tedaviye yönelik yeni bir hasta değerlendirmesi yapılmalıdır (8).

KAYNAKLAR

1. Roberts WC: Cardiovascular consequences of systemic hypertension: a morphologic survey. Hipertensi6n, ed. Peter Sleight, Edward Freis. Butterworths Scientific,

p. 78, 1982.

2. Weidmann P, Z Glück: Grenzwert Hypertonic Schweiz. Med. Wschr. 109:417, 1979.

3. Weidmann P: Neuere Blutdrucksenkende Medikamente, Schweiz. Med. Wschr. 111:625, 1981.
4. Londe S: Blood Pressure in Children. Clin. Pediatr. 571, 1966.
5. Simon N, SS Franklin, KM Bleifer, MM Maxwell: Clinical Characteristics of Reno-vascular Hypertension. J. Amer. Med. Ass. 220:1209, 1972.
6. Maxwell MM: Cooperative Study of Reno-vascular Hypertension. Current Status., Kidney Int. 8. Suppl. 5 : S-153, 1975.
7. Weidmann P: Die Bedeutung des Renin. Angiotensin Aldosteron Systems bei der Hypertonie. Pediatr. Fortbildungskurse 45:97, 1978.
8. Keusch G, P Weidmann, Z Gluck, A Meier, C Beretla Piccoli: Prazosin in der Kombinationsbehandlung der mittelschweren bis schweren Hypertonie. Schweiz. Med. Wschr. 109:984, 1979.