

TEDAVİYE DİRENÇLİ HİPERTANSİYON

Dr. Kamil DİLEK

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Tedaviye dirençli hipertansiyon; biri diüretik olan ve optimal dozlarda kullanılan farklı sınıflardan uygun üçlü ilaç tedavisine rağmen kan basıncının 140/90 mmHg altına düşmemesi (Diyabet/Renal hastalığı olanlarda >130/80 mm Hg) olarak tanımlanır.

Sıklığı; genel populasyon çalışmalarında en düşük %3, Ter-siyer merkezlerde ise %30'dur. HOT çalışmasında %12 (diyastolik KB), ALLHAT çalışmasında %47, LIFE çalışmasında %74 gibi yüksek prevalanslar saptanmıştır.

Tedaviye dirençli hipertansiyon tanısı öncesinde; hatalı kan basıncı ölçümü, beyaz önlük hipertansiyonu, psödo-hi-pertansiyon varlıkları mutlaka ekarte edilmelidir. Tedaviye dirençli hipertansiyon nedenleri arasında hekim ve hastanın direnci de akla gelmelidir. Hekim direnci sebepleri arasında; yetersiz hasta eğitimi, hedef KB tayininin yapılmaması, yetersiz doz kullanımı, yanlış ilaç seçimi, uygunsuz kombinasyon tedavisi sayılabilir.

Dirençli hipertansiyonlu hastaların özellikleri dikkate alın-dığında bu hastaların genellikle ileri yaşlı, yüksek bazal kan basıncı değerli, diyetle fazla tuz alan, kadın cinsiyet ve obezite, diyabet, kronik böbrek yetmezliği ve uyku apne sendromu gibi multipl hastalıkları taşıdıkları gözlenmiştir.

Dirençli hipertansiyon hastalarında hedef organ hasarı (sol ventrikül hipertrofisi, retinopati, mikroalbuminüri) daha yüksek, noktürnal kan basıncı azalması daha az ve yüksek kardiyovasküler risk gözlenir. Bu hastalarda diğer hipertansif popülasyona göre plazma-renin aktivitesi daha yüksek, aldosteron daha yüksek ve serum potasyumu daha düşük bulunur.

Dirençli hipertansiyon oluşumunda intravasküler volüm artışı (tuz, KBY), sempatik aktivasyon, eşlik eden durumlar (obezite, aşırı alkol alımı), ilaç etkileşimleri, sekonder hi-pertansiyonun mevcudiyeti sözkonusu olabilir. Kan basıncı kontrolünü güçlendiren ilaçlar arasında en sıklıkla NSAİD, as-pirin, semptomimetik ajanlar (Dekonjenstanlar, diyet ilaçları, astım ilaçları) saptanmıştır.

Dirençli hipertansiyon nedenleri arasında obezitenin artması ile beraber uyku apne sendromu en sık sebepler arasında sayılabilir. Bunu takiben böbrek parankim hastalığı, primer aldosteronizm, renal arter stenozu akla gelmelidir. Daha nadir olarak feokromositoma, Cushing sendromu, hi-perparatiroidizm, aort koartasyonu, intrakranial tümörler düşünülmelidir.

- ❖ Dirençli hipertansiyon tedavisinde başarı;
- ❖ Değiştirilebilir yaşam tarzı faktörlerini düzeltme
- ❖ Hipertansiyonun sekonder sebeplerinin tanı ve uygun te-davisi
- ❖ Etkili ilaç kombinasyonları ile sağlanabilir.

Medikal tedavide; antihipertansiflerin etkisini azaltan ilaç-lar kesilmelidir. Gizli bir volüm yükü olduğundan etkili diüretik tedavi tiazidlerle sağlanmalıdır. Kreatinin klirensi 30 ml/dk altında olanlarda loop diüretikleri kullanılmalıdır. Kombine ilaç tedavisinde farklı mekanizmalarla etkili olan antihiper-tansif ilaçlar seçilmelidir. En sıklıkla tercih edilebilecek kom-binasyon ACEİ veya ARB + Diüretik + Ca Kanal Blokeri veya Alfa Blokerdir. Kalp hızı >84 dk'nın üzerinde olanlarda beta blokerler tedaviye ilave edilebilir. Yine tedaviye spirinolakton ilave edilmesi ile kan basıncında ilave düşüşler sağlanabileceği hatırlanmalıdır. Ancak hastalar hiperkalemi yönünden dikkat-le izlenmelidir.

Kaynaklar

1. David A, et al. Resistant Hypertension. *Circulation*. 2009; 511-526.
2. Taler SJ, Textor SC, Augustine JE. Resistant hypertension: comparing hemodynamic management to specialist care. *Hypertension*. 2002;39: 982-988.
3. Nishizaka MK, Zaman MA, Calhoun DA. Efficacy of low-dose spironolactone in subjects with resistant hypertension. *Am J Hypertens*. 2003; 16:925-930.
4. Bansal N, Tendler BE, White WB, Mansoor GA. Blood pressure control in the hypertension clinic. *Am J Hypertens*. 2003;16:878-880.