

Halkımızda ve Başka Toplumlarda Kan Basıncında Fark ile Koroner Risk Arasındaki İlişki

Prof. Dr. Altan ONAT

TEKHARF çalışması sonuçlarına dayanarak geçen yıl ilkbaharında halkımızda kan basıncı ile koroner kalp hastalığı (KKH) riski arasındaki ilişkiye ait verileri yayınlamıştık (1,2). Bu konuda ilgi çeken husus, çokdeğişkenli bir regresyon modelinde sistolik kan basıncının erkeklerde - yaş dışında - tek anlamlı bağımsız değişken bulunuşu idi. Son aylarda dünyada yayınlanan yeni çalışmalar ve yol açtığı yorumlar nedeniyle, bu bulgumuzun önemi üzerinde durmanın yararlı olacağına inanıyoruz. Onüç değişkenin içerildiği bir multipl regresyon modelinde 792 erkekimiz, ki bunların arasında 54'ünde KKH tanımlanmıştı, test edilince, erkeklerde plazma trigliseridleri, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol ve glukoz değerleri bağımsız etken olarak en çok sınırdan anlamlı ($p=0.10-0.13$) sayılabilir. Oysa, anlamlı olan sistolik KB parametresinde her 10 mmHg'lık artışın, diğer etkenlerden bağımsız olarak, KKH riskini %22.5 oranında arttırdığı hesaplanmıştı. Burada sistolik basıncın erkek kohortumuzun %10.5'unda 160 mmHg'nın, %26'sında 140 mmHg'nın üzerinde bulunduğunu, çoğunda normotensif değerler yelpazesinin bulunduğunu hatırlatmakta yarar görüyorum.

Yedi Ülke Çalışmasında erkeklerdeki kan basıncı ile KKH mortalitesi arasındaki ilişkiyi van den Hoogen ve ark.(3) yeni olarak yayınladılar. 40-59 yaşlarındaki 12,031 erkeğin 25 yıl izlenmesi sırasında 1291 kişi KKH'dan ölmüştü. İncelemede, kan basıncında belirli bir artışın 25-yıllık KKH ölüm oranında yarattığı nisbi riskin, farklı popülasyonlarda benzer olduğu gözlemlendi. Çalışmanın bütününde sistolik basınçta her 10 mmHg'lık (ve diyastolik basınçta her 5 mmHg'lık) artışın KKH riskini %17 oranında, (kişi-içi KB değişkenliği için ayarlandıktan sonra ise) %28 oranında, arttırdığı bildirildi. Kan basıncında belirli bir artışın meydana getirdiği nisbi riskin benzerliğine mukabil, aynı kan basıncı düzeylerinde mutlak riskin çeşitli popülasyonlarda büyük farklar sergilediği anlaşıldı. 10,000 kişi-yılı olarak ifade

edilince, örneğin Japon ve Akdeniz-Güney Avrupa için yaklaşık 20 ölüm gibi düşük iken, ABD ve Kuzey Avrupa için yaklaşık 70 ölüm gibi yüksek orandıydı.

Bu bulguların, dünyanın değişik bölgelerinde uygulanacak antihipertansif tedavi için anlam taşıyacağı üzerinde duruldu. Her popülasyonda sistolik KB 160 mmHg'nın üzerinde veya altında olanlarda koroner mortalitede kaydedilen farktan daha çok, aynı hipertansif değerli kişilerdeki mutlak ölüm oranının değişik popülasyonlarda farkedtiği anlaşılmaktadır. Ünlü MacMahon bir editoryalde bu bulguların, yüksek kardiyovasküler risk taşıyan kişilerde, hipertansiyonu olmasa dahi, daha yoğun bir (tansiyonu düşürücü) tedaviden ilave yararlar beklemek için gerekçe sağladığı görüşünü açıkladı (6). Yine de bu tür girişimlerle kan basıncına bağlı hastalık yükünü ne ölçüde ve ne yaygınlıkta azaltabileceğimizin, ancak yeterli randomize çalışmalarla belirlenebileceği sonucuna varmaktadır.

Kan basıncında kişi-içi değişkenlik ayarlaması yapılmayan çalışmalarda - diğerlerinin yanında örneğin TEKHARF taramasında - KKH riskinin dilüsyon yanılıgısına yol açması ve nisbi riskin gerçekten daha düşük çıkmasının muhtemel olduğu (3) irdelendi. Sistolik basınçta her 10 mmHg'lık artışın, halkımızda koroner morbidite riskini, Akdeniz-Güney Avrupa halkında koroner ölüm riskini yükselttiği ölçüde arttırdığı bu karşılaştırmadan ortaya çıkmaktadır. Ancak bizim global risk yükümüz Akdeniz ülkelerekinden yüksek olduğu için (4), sistolik basınçta aynı farkın, örneğin ABD'deki gibi, bizde daha büyük bir mutlak koroner risk farkına sürüklediği düşünülebilir. KKH'nı tedavi etmede, lipid düşürücü tedavi gibi, antihipertansif tedavi için kriter olarak mutlak KKH riski alınır, ki Avrupa Kardiyoloji Derneği Kılavuzu (5) ve Derneğimizin *Riskyük* Çalışması uygulaması bunu benimsemiştir, aynı kan

basınç düzeylerinde bizde tedavi endikasyonunun daha sık olacağı ileri sürülebilir.

Alderman (7), Platt ile Pickering'in bir kuşak önce başlattığı, kan basıncının sürekli bir değişken mi olduğuna ya da yüksek kan basıncından normalin ayrılıp ayrılmayacağına yönelik klasik tartışmayı yeniden körükleyen yeni bir incelemeye önemle işaret ediyor. Pickering'in son zamanlarda en iyi biçimde MacMahon ve ark.ca (8) ifade edilen kan basıncının kardiyovasküler olaylar için sürekli bir ilişki taşıdığı yolundaki görüşüne, Port ve ark.nın (9) ciddi yeni incelemesi karşı geliyor. UCLA'deki bu araştırmacılar, Framingham çalışmasının ilk 18 yılına ait sistolik KB ile tüm ölüm ve kardiyovasküler hastalık ölümünün oluşturduğu katı hedef noktalar arasındaki ilişkiyi matematik lojistik modellerle yeniden değerlendirdiler. Lineer lojistik modelin Framingham verilerine uymadığını, kardiyovasküler riskin belirli yaş ve cinsiyette sistolik KB'nın 70'inci persentiline rastlayan eşğin altındaki tüm değerlerde sistolik basınçtan bağımsız olduğu bildirildi. Buna karşılık, 80'inci persentilin üzerindeki değerlerde riskin hızla yükseldiği açıklandı. Eşğin, kadında erkektekinden daha hızlı yükseldiği eklendi. Sonuç olarak, hem eşğin altındaki değerlerde antihipertansif tedavinin yararının çok kuşku olduğu, hem de erişkinlerin tümü için geçerli bir hipertansiyon cut-off değerinin (140 mmHg) yararına karşı çıktığı yargısına varılmıştır. Hipertansiyon için eşğin yaşa ve cinsiyete bağımlı olduğu vurgulanmıştır.

Alderman (7), ilaçla tedavinin 140 mmHg'yı aşan sistolik basınçta, özellikle inme veya kalp krizi için yüksek risk taşıma durumunda başlatılmasına yönelik halihazır mutabakatın değiştirilmesi için gerek olmadığı, ama ne kadar daha aşağının hedeflenmesi sorusunun, deneysel saldırı için olgun hale geldiği sonucunu çıkarmaktadır.

Böylece, kardiyovasküler risk ile sistolik kan basıncı arasındaki ilişki konusundaki güncel tartışmaya, TEKHARF çalışması mevcut verilerinin ve ilerki takiplerde geliştirilecek verilerin katkıda bulunabileceği görüşünü öne sürmek anlamsız değildir.

KAYNAKLAR

1. Onat A, Sansoy V, Yıldırım B ve ark: Erişkinlerimizde kan basıncı: 8-yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile ve bazı etkenlerle ilişkileri. Türk Kardiyol Dern Arş 1999;27:136-43
2. Onat A (Ed. mektup): Kan basıncının koroner kalp hastalığı belirlemesi üzerine. Türk Kardiyol Dern Arş 1999;27:254
3. van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, Menotti A: The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. N Eng J Med 2000; 342:1-8
4. Onat A, Keleş İ, Aksu H, ve ark: Türk erişkinlerinde toplam ve kardiyak ölüm prevalansı: TEKHARF Çalışmasının 8-yıllık takip verileri. Türk Kardiyol Dern Arş 1999; 27: 8-14
5. Wood D, DeBacker G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K: Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998; 19:1434-503
6. MacMahon S: Blood pressure and the risk of cardiovascular disease (editorial). N Eng J Med 2000; 342:50-1
7. Alderman MH: Measures and meaning of blood pressure (editorial). Lancet 2000; 355:159
8. MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al: Blood pressure, stroke, and coronary heart disease, part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335:765-74
9. Port S, Demer L, Jennrich R, Walter D, Garfinkel A: Systolic blood pressure and mortality. Lancet 2000; 355:175-80