

Editöryal Yorum / Editorial

Yeni Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği hipertansiyon kılavuzu ile neler değişti?

What has changed with the new European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension guideline?

Dr. Cem Barçın

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Derneklerinin (ESC/ESH) 2013 yılında Arteriyal Hipertansiyonun Yönetimi konusunda yayımladığı son kılavuz, derneğin bir önceki 2007 yılı kılavuzuna göre bazı önemli farklılıklar içermektedir.^[1,2] Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Amerikan Kalp Cemiyetinin (AHA) en son kılavuzu olan Birleşik Ulusal Komite (JNC) 7'nin yayınlanmasından sonra yaklaşık 10 yıl geçtiği düşünülürse, uluslararası nitelikteki ESC/AHA kılavuzu tüm ülkelerde çok dikkatle incelenmiştir.

ACC/AHA'nın uzun süredir beklenen JNC 8 raporu 2013 yılının son ayı içerisinde çok özet bir şekilde bilimsel literatüre girmiştir.^[3] Ancak beklenmeyen bir şekilde, yine 2013 yılı Aralık ayında Amerikan Hipertansiyon ve Uluslararası Hipertansiyon Dernekleri (ASH/ISH) ortaklaşa ve JNC8'den ayrı bir başka hipertansiyon kılavuzu yayımlamıştır.^[3,4] Bu durum aslında JNC 8'i birlikte çıkarmaları beklenen bu gruplar arasında her konuda fikir birliği olmadığını düşündürmektedir.

Bu yazıda temel olarak ESC/ESH 2013 kılavuzu ve bunun eski kılavuzlara göre neleri değiştirdiği veya vurguladığı kısaca ele alınacaktır.

Hipertansiyon tanı kriterleri: Değişiklik var mı?

Öncelikle ofis ölçümlerine göre yapılan hipertansiyon tanımı ve sınıflaması 2013 Avrupa Kılavuzunda değişmemiştir (Tablo 1). Hipertansiyon sistolik

kan basıncının (SKB) >140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) >90 mmHg olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım tüm yaş ve risk grupları için aynıdır. Tanımda bir değişiklik olmamakla beraber, tedaviye başlama ve tedavi hedefleri konusunda 2007 kılavuzuna göre oldukça önemli değişiklikler mevcuttur.

Kısaltmalar:

ACC	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
AHA	Amerikan Kalp Cemiyeti
ASH	American Society of Hypertension (Amerikan Hipertansiyon Derneği)
DKB	Diyastolik kan basıncı
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
ESH	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
ISH	International Society of Hypertension (Uluslararası Hipertansiyon Derneği)
JNC	Joint National Committee Birleşik Ulusal Komite
SKB	Sistolik kan basıncı

Ofis dışında kan basıncı ölçümünün önemi

Bir önceki kılavuzla karşılaştırıldığında 2013 kılavuzunda hipertansiyon tanısında ayaktan ve evde kan basıncı ölçümlerinin daha fazla vurgulandığını söylemek mümkündür. Bu kılavuzda da "ofis" ölçümlerinin hala hipertansiyon tarama, tanı ve tedavisinde "altın standart" olduğu belirtilmişse de, bu yöntemin kısıtlılıklarının ve "ofis dışı" ölçüm yöntemlerinin çok önemli katkılar sağlayacağını altı çizilmiştir. Bu konudaki öneriler aslında Avrupa Hipertansiyon Derneğinin daha önce yayımladığı kılavuzlara paraleldir.^[5] Her iki ölçüm metodunun da ofis ölçümlerine göre daha fazla prognostik değer taşıyabileceği belirtilmiş-



Tablo 1. Ofis ölçümlerinde elde edilen kan basıncı seviyelerinin tanımı ve sınıflaması^[1]

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Optimal	<120	Ve	<80
Normal	120-129	Ve / Veya	80-84
Yüksek normal	130-139	Ve / Veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	Ve / Veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	Ve / Veya	100-109
Evre 3 hipertansiyon	>180	Ve / Veya	>110
İzole sistolik hipertansiyon	>140	Ve	<90

tir. Ofis dışı bu ölçüm yöntemlerinde “hipertansiyon” sınırı olarak belirtilen değerlerde özellikle SKB için 2007 kılavuzuna göre farklılıklar mevcuttur. Önceki kılavuzda SKB değerleri için tek bir değerden ziyade genellikle bir “değer aralığı” verilmişken, son kılavuzda tek bir “sınır değer” verilmiştir (Tablo 2).

Ofis dışı yöntemlerin hangisinin seçileceği cihazın fiyatı, kullanılabilirliği, yaygınlığı ve hastanın durumu ilgili faktörlere bağlı olarak değişebilir. Özellikle birinci basamak hekimleri açısından ev ölçüm cihazları daha çok tercih edilmektedir. Bu amaçla koldan ölçüm yapan otomatik cihazlar seçilmelidir. Ancak kol çevresinin geniş olduğu obez hastalarda bilekten ölçüm yapan cihazlar kullanılabilir. Ev ölçüm cihazları bilinç düzeyi ve fiziksel durumu yetersiz olan hastalar ile anksiyetesi olan hastalarda uygun olmayabilir. Yine ev ölçüm cihazlarının uyku sırasında veya aktivite sırasındaki değerleri vermediği göz önünde bulundurulmalıdır. Ev ölçümlerinin hangi sıklıkla yapılması konusunda da eski kılavuza göre farklı öneriler mevcuttur. Buna göre önerilen en az üç-dört gün tercihen yedi ardışık gün boyunca ve her seferinde bir-iki dakika arayla ikişer ölçüm yapılmasıdır. Daha önce de önerildiği gibi ölçümler en az beş dakika istirahat sonrasında, hasta oturur, sırtı dayalı pozisyonda yapılma-

lıdır. Değerlendirme yapılırken ilk gün ölçümlerinin göz önüne alınmaması, onun dışındaki tüm ölçümlerin ortalamasının alınması önerilmektedir.

Ayaktan kan basıncı ölçümü ile ilgili olarak ESC/ESH 2013 kılavuzu metodoloji konusunu daha ayrıntılı açıklamıştır. Bu konu ile ilgili olarak gündüz ölçümlerinin daha çok 15 dakikada bir, gece ölçümlerinin ise 30 dakikada bir yapılmasının tercih edildiği, ölçüm aralarının daha fazla açılmasının 24 saatlik tahmin gücünü azalttığı belirtilmiştir. Aslında gece ve gündüz yapılan tüm ölçümlerin aynı sıklıkla, örneğin 20 dakikada bir yapılmasının da tercih edilebileceği kılavuzda yer almıştır. Bu konuda altı çizilen önemli bir ayrıntı, gece ve gündüz ölçüm aralıkları farklı ise, 24 saatlik ortalama alınırken bu ölçüm ağırlıklarının da dikkate alınması gerektiğidir. Bu önerinin çok mantıklı olduğu açıktır. Örneğin uyku sırasında saatte bir, gündüz 15 dakikada bir ölçüm yapılırsa, 24 saatlik ortalamanın “gündüz” değerlerinin etkisi altında olacağı açıktır.

Ayaktan kan basıncı ölçümü ile ilgili, “dipping” yani gündüz saatlerine göre gece saatlerindeki değişiklik ile ilgili daha önceki kılavuzda yer almayan bir sınıflamaya yer verilmiştir. Bildiğimiz gibi beklenen

Tablo 2. Ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçüm sonuçlarına göre hipertansiyon tanımı^[1]

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Ofis kan basıncı	>140	Ve / Veya	>90
Ambulatuvar kan basıncı			
Gündüz (uyanık)	>135	Ve / Veya	>85
Gece (uykuda)	>120	Ve / Veya	>70
24 saat	>130	Ve / Veya	>80
Evde ölçülen kan basıncı	>135	Ve / Veya	>85

gece kan basıncı değerlerinin gündüz saatlerine göre $>10\%$ düşmesine (gece-gündüz oranı <0.9) “dipper” paterni diyoruz. Bu azalmanın olmadığı, yani “non-dipper” hastalarda prognozun daha kötü olduğu bilinmektedir. Avrupa 2013 kılavuzunda bu patern ile ilgili olarak bir sınıflama yapılmıştır: Buna göre gece-gündüz ortalaması >1.0 ise “non-dipper”, <1.0 ve >0.9 ise “hafif dipper”, <0.9 ve >0.8 ise “dipper”, <0.8 ise “ileri derecede dipping” adı verilmiştir. Ancak 2007 kılavuzunda yer almayan bu sınıflama daha eski çalışmalara dayanmaktadır ve klinik pratiği ne şekilde değiştireceği belirtilmemiştir.^[6] Ayrıca “dipping” paterninin tekrarlanabilirliğinin (yani farklı zamanlarda yapılan değerlendirmelerde benzer sonuçlar bulunma olasılığının) düşük olduğu da unutulmamalıdır. Kılavuzda da belirtildiği gibi gece kan basıncında beklenen düşmenin olmaması, obstrüktif uyku apnesi, obezite, duyarlı bireylerde fazla tuz alımı, ortostatik hipotansiyon, otonomik disfonksiyon, kronik böbrek hastalıkları, diyabetik nöropati ve yaşlılığa bağlı olabilir.

Yeni kılavuzda “ofis-dışı” ölçüm yöntemlerini ne zaman kullanmamız gerektiği konusundaki endikasyonlar Tablo 3’de gösterilmektedir. Burada özellikle vurgulanması gereken ofis ölçümlerinde “evre 1” düzeyinde kan basıncı olanların bu endikasyonlara dahil edilmesidir. Kılavuzun geneline yansıdığı gibi,

özellikle komplikasyonsuz evre 1 hipertansiyonlu hastaların “beyaz önlük hipertansiyonu” olmadığına kanıtlanması, bu hastalarda yaşam şekli değişikliklerinin ilaç başlanmadan (bir anlamda) “zorlanması” çok önemli bir “politikadır”. Zira bu kategoriye giren çok sayıda birey olduğu unutulmamalıdır.

Tedavi yaklaşımında değişiklikler: Tedavi başlama sınırı

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Dernekleri 2013 kılavuzunda hipertansif hastalara tedavinin hangi değerlerde başlanacağı ve değişik risk düzeylerinde olan hastalarda hedef kan basıncının ne olması gerektiği ile ilgili önemli değişiklikler mevcuttur.

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Dernekleri 2007 kılavuzunda, evre 1 hipertansiyonu olan hastalar için, “başka risk faktörü veya hedef organ hasarı yoksa dahi, eğer farmakolojik olmayan yöntemler ile kan basıncı düşürülemezse ilaç başlanması” önerilmiştir. Aynı kılavuzda bu önerinin “yaşlı hastalar” için de geçerli olduğu özellikle belirtilmiştir. Diğer yandan 2007 kılavuzunda diyabet, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek yetersizliği tanıları konmuş olan hastalarda kan basıncı “yüksek normal” (130-139/85-89 mmHg) olsa bile ilaç tedavisine başlanması önerilmiştir.

Tablo 3. Tanısal amaçlı “ofis-dışı” kan basıncı ölçümü için klinik endikasyonlar^[1]

Ayaktan veya evde kan basıncı ölçümü için klinik endikasyonlar
Beyaz önlük hipertansiyonu şüphesi
- Ofis ölçümlerine göre evre 1 hipertansiyon
- Organ hasarı olmayan ve düşük risk grubunda olan ancak yüksek ofis kan basıncı değerleri olan hastalar
Maskeli hipertansiyon şüphesi
- Ofis ölçümlerinde yüksek normal kan basıncı
- Organ hasarı olan veya yüksek risk grubunda olan ancak normal ofis kan basıncı değerleri olan hastalar
Hipertansif hastalarda beyaz önlük etkisinin araştırılması
Aynı veya farklı vizitlerde kan basıncı değerlerinde belirgin farklılık olması
Otonomik, postural, post-prandiyal, siestaya veya ilaca bağlı hipotansiyon
Gebelikte ofis kan basıncının yüksek olması veya pre-eklampsi şüphesi
Gerçek veya yalancı “dirençli hipertansiyon” tanısı
Ayaktan kan basıncı ölçümü için spesifik endikasyonlar
Ofis ve ev ölçümleri arasında belirgin farklılık
“Dipping” durumunun belirlenmesi
Uyku apnesi, diyabet, kronik böbrek yetersizliği gibi durumlarda nokturnal hipertansiyon veya “non-dipping” durumunun araştırılması
Kan basıncı değişkenliğinin araştırılması

Bilindiği gibi ESC/ESH, 2009 yılında yukarıdaki önerileri yeniden gözden geçiren ve bazıları hakkında “yeterli kanıt bulunmadığı” konusunda özeleştirici içeren bir rapor yayımlamıştır.^[7] ESC/ESH 2013 kılavuzunda da, bu doğrultuda kanıtlar tekrar incelenmiş ve özellikle yukarıda yazılan tedavi önerilerinde bazı önemli değişiklikler yapılmıştır.

Bunlardan biri düşük-orta risk grubundaki evre 1 hipertansiyonlu hastalar ile ilgilidir. Özetle, bu risk grubundaki evre 1 hipertansiyonluları özellikle inceleyen randomize kontrollü çalışma bulunmadığı kılavuzda vurgulanmıştır. Dolaylı veriler ve istatistiksel olarak eleştirilebilecek bazı metaanalizlerde tedavinin özellikle inme açısından yararlı olabileceği belirtilmiştir. 2013 ESC/ESH kılavuzunda ofis ölçümlerinde “evre 1” hipertansiyonu olan hastalarda evde kan basıncı ölçümü veya ayaktan kan basıncı ile bu durumun kanıtlanması önerilmektedir. Eğer hastada bu yöntemler ile hipertansiyon tanısı doğrulanırsa ve hastada hedef organ hasarı veya yüksek kardiyovasküler risk varsa yaşam şekli önerileri ile birlikte ilaç tedavisi önerilmektedir. Eğer başka risk faktörü yok ise hastanın birkaç ay boyunca yaşam şekli önerileri ile izlenmesi uygun görülmektedir. Bir veya daha fazla risk faktörü olan hastalarda ise ilaçsız bekleme süresi birkaç hafta olabilir.

Daha önceki kılavuzda bahsedilmeyen genç hastaların izole sistolik hipertansiyon durumuna yaklaşım konusu 2013 Avrupa kılavuzunda yer bulmuştur. Bu durum ile ilgili aslında merkezi kan basıncının normal olabileceğini gösteren çalışmalar bulunması, bu hastaların tedaviden fayda gördüklerine dair kanıt olmaması ve takip çalışmalarında diyastolik hipertansiyon ortaya çıkma sıklığının fazla olmaması sebebiyle izole sistolik hipertansiyonu olan genç hastaların yakın ve özellikle farmakolojik olmayan öneriler ile takip edilmesi önerilmektedir.

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Dernekleri 2013 kılavuzundaki önemli bir değişiklik yaşlı hastalar ile ilgilidir. Daha önceki kılavuzlarda yaşlı hastalar diğer gruplardan ayrılmamış ve kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde ise tedavi başlanması önerilmiştir. Buradaki sorun yaşlı hastalar ile ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmaların hemen hepsinde çalışmaya evre 2 ve evre 3 hastaların alınmış olmasıdır. Dolayısıyla evre 1 yaşlı hastalara tedavi verilmesi konusunda yeterli kanıt yoktur. Aksine evre 1 hipertansiyonu olan yaşlı hastaların alındığı kısıtlı sayıda

çalışmada fayda sağlanmadığı görülmüştür.^[8] Günlük klinik pratiğimizde gördüğümüz önemli bir konu bu hastalarda izole sistolik hipertansiyonun sık olması ve ilaç sonrası postural hipotansiyon sıklığının artmasıdır. Bütün bu değerlendirmeler sonucunda ESC/ESH 2013 kılavuzu yaşlı hastalarda antihipertansif ilaçların SKB >160 mmHg ise verilmesini önermektedir. SKB 140-159 mmHg olan evre 1 hastalarda ise, özellikle hasta 80 yaşın altında ise ve verilen ilaçlara katlanabiliyorsa ilaç verilebileceği belirtilmektedir (Öneri düzeyi sınıf IIb).

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Dernekleri 2013 Kılavuzunda başka bir önemli nokta diyabet, kronik böbrek yetersizliği, kardiyovasküler hastalık veya hedef organ hasarı sebebiyle yüksek riske sahip olan hipertansiyonlu hastalara ilaç başlama sınırlarıdır. Önceki kılavuzlarda bu yüksek riskli hastalarda kan basıncı “yüksek normal” (130-139/85-89 mmHg) seviyede iken, hatta tanı konmuş kardiyovasküler hastalığı veya böbrek yetersizliği varsa 120/80 mmHg üzerindeki kan basıncı düzeylerinde bile ilaç başlanması önerilmiştir. Son Avrupa kılavuzunda tüm bu gruplarda ilaç başlama sınırı >140/90 mmHg olarak belirlenmiş, yüksek normal düzeylerde ise ilaç önerilmemiştir.

Tedavi hedeflerinde değişiklik var mı?

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Dernekleri 2007 kılavuzunda ilaç veya ilaç dış yöntemler ile kan basıncının düşürülmesi hedeflenen değerler, düşük ve orta risk grubundaki hastalar için 140/90 mmHg, yüksek risk grubundaki hastalar için ise 130/80 mmHg idi. Daha sonra yayımlanan Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzunda ise diyabetik hastalar için 140/80 mmHg hedefi önerilmiştir. ESC/ESH 2013 kılavuzunda ise özellikle yüksek risk grubundaki hastalar ile yaşlı hastalar için önemli değişiklikler mevcuttur. Bu kılavuzda diyabet, kardiyovasküler ve böbrek hastalığı olanlarda daha önce önerilen 130/80 mmHg hedefinin randomize kontrollü çalışmalara dayanmadığı belirtilmiştir. Örneğin normal tansiyonlu hastaların alındığı ABCD çalışması dışında hiçbir diyabetik hasta çalışmasında ortalama SKB 130 mmHg altına düşürülemediği görülmüştür. ACCORD çalışmasında ise SKB saldırgan yaklaşım kolunda 119 mmHg, geleneksel yaklaşım kolunda ise 133 mmHg düzeyine inmiş ancak bu iki grup arasında kardiyovasküler son noktalar açısından bir fark saptanamamıştır.^[9] Diğer yandan bu çalışmada saldırgan kolda böbrek fonk-

siyon bozukluğu daha fazla görülmüştür. Gelinek noktada aslında kanıtlar saldırgan kan basıncı düşürülmesinin net olarak yararını gösterememektedir. J eğrisi fenomeni hala tartışmalı olmakla beraber daha çok taraftar toplamaktadır. En azından hipotetik olarak, belli bir kan basıncı altında organ perfüzyonunun bozulacağı, kan basıncının daha da düşmesinin ise yaşamla kabil olmayacağını düşünmek doğaldır. Sonuç olarak çeşitli çalışmaların özellikle alt grup analizleri sonucunda 2013 Avrupa kılavuzunun geldiği nokta şudur: Yüksek risk grubundaki hipertansiyonlular (diyabetikler, kronik böbrek yetersizliği olanlar, koroner arter hastaları, daha önce serebrovasküler olay öyküsü bulunanlar) de dahil olmak üzere yaşlılar hariç tüm hipertansiyonlu hastalarda SKB hedefi <140 mmHg'dir. Diyabetik hastalar dışındaki tüm hastalarda ise DKB hedefi <90 mmHg olarak belirtilmiştir. Diyabetik hastalar için önerilen DKB hedefi ise <85 mmHg'dir. Bu hastaların özellikle 80-85 mmHg aralığındaki değerleri iyi tolere edebildikleri vurgulanmıştır.

Yaşlı hastalar için ise eski kılavuzların aksine genel hipertansiyonlu popülasyondan farklı kan basıncı hedefleri belirlenmiştir: Bunun sebebi yaşlı hastalarda yapılan randomize kontrollü çalışmalarda SKB düşürülerek klinik fayda sağlanan hiçbir çalışmada bu değerlerin <140 mmHg hedefine ulaşmamış olmasıdır. Yoğun tedavi kolunda ortalama SKB'nin 136-137 mmHg'ye düşürülebildiği iki farklı çalışmada ise geleneksel tedavi grubuna göre (ortalama SKB 145 ve 142 mmHg) klinik fayda sağlanamamıştır.^[10,11] Sonuçta gelinen noktada öneriler şu şekildedir: SKB >160 mmHg olan 80 yaş altı yaşlı hastalarda SKB'nin 140-150 mmHg arasına düşürülmesi hedeflenmelidir. Eğer bu yaş grubundaki hasta fiziksel olarak iyi ve aktif ise SKB'nin <140 mmHg düzeyine indirilmesi düşünülebilir, ancak bu hastanın tedaviye katlanabilmesine bağlıdır. Diğer yandan 80 yaş üzerinde ve SKB >160 mmHg olanlarda eğer hasta mental ve fiziksel olarak iyi ise bu değerlerin 140-150 mmHg arasına düşürülmesi önerilmektedir.

İlaç seçimi

Avrupa Kardiyoloji ve Hipertansiyon Dernekleri 2013 kılavuzunda hipertansiyonlu hastalara gerek ilk başlanacak, gerekse sürdürme tedavisinde kullanılacak ilaç gruplarında 2007 yılındaki kılavuza benzer bir şekilde 5 grup arasında bir öncelik belirtilmemiştir. Bu beş ilaç grubu diüretikler (tiyazidler, klortalidon, indapamid), beta blokerler, kalsiyum antagonistleri,

anjyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjyotensin reseptör blokerleridir. Burada vurgulanması gereken beta bloker ilaçların da bu kategoride yer alıyor olmasıdır. Başta İngiliz NICE Kılavuzu olmak üzere bazı ulusal kılavuzlar özel birkaç durumda beta blokerleri ilk seçilecek ilaç grupları arasına dahil etmemişlerdir. JNC 8 kılavuzunda da beta bloker ilk seçilecek ilaçlar arasında değildir. Bu kılavuzların beta blokerleri ilk olarak tercih etmemelerinin nedeni bu ilaçların bazı hasta gruplarında (özellikle yaşlı hastalarda) başta inme olmak üzere kardiyovasküler son noktalar açısından daha olumsuz olması, merkezi kan basıncını yeterince düşürememeleri ve özellikle diüretikler ile birlikte yeni diyabet sıklığını artırmalarıdır. Avrupa 2013 kılavuzu ise özellikle kardiyovasküler son noktalar konusunda çalışmaların ve metaanalizlerin bu konuda farklı sonuçlar verdiğini, olumsuz etkilerin özellikle bu çalışmalarda sık kullanılan atenolole bağlı olabileceğini ve yeni kuşak, özellikle de vazodilatör özelliği olan beta blokerlerin avantajlarını vurgulayarak bu ilaçları dışarıda bırakmamıştır. Kombinasyon tedavisinde ise daha önce özellikle böbrek yetersizlikli ve proteinürlü hastalar için önerilen anjyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri/anjyotensin reseptör blokerleri kombinasyonunun kesinlikle önerilmemesidir. Son çalışmalar sonrasında da teyit edilen bu konu yeni yayımlanan tüm kılavuzlarda yer almaktadır.

Toplam kardiyovasküler riskin hesaplanması

Hipertansiyon tedavisinde sadece kan basıncı değeri yerine "toplam kardiyovasküler riskin" belirlenmesi konusu 2003 ve 2007 Avrupa kılavuzlarında olduğu gibi 2013 Kılavuzunda da vurgulanmıştır. Burada üzerinde durulan önemli bir nokta kardiyovasküler risk hesaplanırken yaşa göre düzeltmelerin mutlaka göz önüne alınması gerekliliğidir. Gelecekteki kardiyovasküler riskin hesaplandığı SCORE gibi sistemlerde belirlenen toplam kardiyovasküler risk "hastanın yaşına" çok bağımlıdır. Dolayısıyla aslında yaşlılarına göre yüksek riske sahip genç bir hastanın "mutlak risk" düzeyi düşük çıkabilmektedir. Aksine yaşlılarına göre "göreceli riski" düşük yaşlı bir hastada ise, hesaplanan "mutlak risk" yüksek bulunabilmektedir. Bu durumda, aslında tedavi verilerek riski azaltılabilecek genç bir hastaya toplam kardiyovasküler riski düşük çıktığı için tedavi verilmeyebilmekte ve hastanın uzun yıllar boyunca bu risk faktörüne maruz kalmasına yol açılabilmektedir. Bu yüzden birey-

sel olarak toplam kardiyovasküler risk hesaplanırken “yaşa göre göreceli risk” tabloları da kullanılmalıdır. Burada amaç mutlak risk düzeyi yanında yaşlılarına göre göreceli riski düşük olan yaşlı ve yüksek olan genç hastaların ayırt edilmesini sağlamaktır.

Sonuç

Bu kılavuzda düşük riskli evre 1 hipertansiyonlularda, kan basıncı yüksekliğinin doğrulanması ve hastaların birkaç ay kadar ilaçsız, sadece yaşam şekli önerileri ile takip edilmeleri önerisi çok önemlidir. Bu gruba giren çok sayıda birey olduğu ve ilaçla tedavi konusunda kanıtların yetersiz olduğu göz önüne alınırsa, bunun maliyet etkin ve bilimsel verilere dayanan bir öneri olduğu açıktır. Ancak bu noktada bu hastalarda ilaçla tedavi sınırının $>160/100$ mmHg olduğu gibi bir yanlıya düşülmemelidir. Zira eğer yaşam şekli önerileri ile kan basıncı $<140/90$ mmHg altına düşürülemez ise bu hastalara ilaç başlamaktan kaçınılmamalıdır.

Diğer bir nokta ise ESC/ESH kılavuzunda yaşlı hastalar ile ilgili önemli değişiklikler yapılmasına rağmen, yaşlılık sınırının verilmemesidir. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık sınırını >65 olarak tanımlamakta, son JNC 8 kılavuzunda ise >60 sınırı verilmektedir. Aslında kesin belirlenmiş “sihirli sayılardan” ziyade hastanın biyolojik yaşının değerlendirildiği bireysel bir yaklaşımda bulunmak gereklidir. Kılavuzda yaşlılık sınırının verilmemesinin muhtemel sebebi de budur. Burada “ana tema” yaşlı hastalarda “daha ılımlı” başlangıç değerleri ve hedeflerin seçilmesi gerektiğidir. Kılavuzların “genel yaklaşımı” belirlediği, oysa tedavi yaklaşımlarının bireyselleştirilmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Son söz olarak, ESC/ESH 2013 Hipertansiyon Kılavuzu çok daha kanıta dayalı, günlük pratik ve “gerçek dünya” ile daha uyumlu bir kılavuz olarak karşımıza çıkmıştır. Kanıta dayalı olmayan, elde edilmesi zor saldırgan hedefler yerine daha gerçekçi hedefler ortaya konmuştur. 2013 yılının son ayında yayınlanan JNC8 ve ASH/ISH kılavuzları ile birlikte 2014’ün “hipertansiyonlu hastaların tanı ve tedavisi” konusundaki tartışmaların çok yapılacağı bir yıl olacağını söylemek mümkündür.

Yazar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

KAYNAKLAR

1. ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2013;31:1925-38. [CrossRef](#)
2. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007;25:1751-62. [CrossRef](#)
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2013 Dec 18.
4. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. *J Hypertens* 2014;32:3-15. [CrossRef](#)
5. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens* 2010;24:779-85. [CrossRef](#)
6. Steneshjem AE, Os I. Reproducibility of blood pressure variability, white-coat effect and dipping pattern in untreated, uncomplicated and newly diagnosed essential hypertension. *Blood Press* 2004;13:214-24. [CrossRef](#)
7. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009;27:2121-58.
8. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009;27:923-34. [CrossRef](#)
9. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010;362:1575-85. [CrossRef](#)
10. JATOS Study Group. Principal results of the Japanese trial to assess optimal systolic blood pressure in elderly hypertensive patients (JATOS). *Hypertens Res* 2008;31:2115-27. [CrossRef](#)
11. Ogihara T, Saruta T, Rakugi H, Matsuoka H, Shimamoto K, Shimada K, et al. Target blood pressure for treatment of isolated systolic hypertension in the elderly: valsartan in elderly isolated systolic hypertension study. *Hypertension* 2010;56:196-202. [CrossRef](#)