

Genç Yaş Hipertansiyonu *Young Age Hypertension*

Özet

Hipertansiyon, genç, erişkin tüm toplumu etkileyen çok önemli bir sağlık sorunudur. Her ne kadar epidemiyolojik veriler hipertansiyonun orta ve ileri yaşlılık problemi olarak daha sık gösterse de, genç yaşlarda da artan oranda saptanmaktadır. Genç yaş genel olarak 18-39 yaşları arası olarak kabul edilmektedir. Sekonder hipertansiyon, genelde düzeltililebilir bir sebebe bağlı olan bir hipertansiyon tipidir. Sekonder hipertansiyon prevalansı ve sebepleri yaş grubuna göre değişir. Yaklaşık olarak tüm hipertansiyon hastalarının %5-10 u sekonder hipertansiyondur.

Abstarct

Hypertension is a very important health problem which affects, young or adult all the population. Although the epidemiological data shows that the hypertension prevalence increases with age, its also a health problem of the young ages. Age group between 18-39 years ar accepted as young. Secondary hypertension is a type of hypertension with an underlying, potentially correctable cause. The prevalence of secondary hypertension and the most common etiologies vary by age group.

Approximately 5 to 10 percent of adults with hypertension have a secondary cause.

Genç hastaları ihmal etmeyelim, genç olmak sağlıklı olmak anlamını taşımaz! (1).

Hipertansiyon sistolik kan basıncının ısrarlı olarak 140, diastolik kan basıncının 90 mm üstünde seyretmesi halidir (JNC 7) (2).

Hipertansiyon, dünyanın tüm coğrafi bölgelerini etkileyen ve öncelikle erişkin toplumu ilgilendiren bir epidemi halini almıştır. Dünya sağlık örgütü, 2011 verilerine göre global mortalitede en önemli risk faktörü hipertansiyon olarak belirtilmiştir. (WHO 2011, global mortality risk factors) (3).

Epidemiyolojik veriler, hipertansiyon görülme sıklığının yaşla birlikte dramatik bir artış gösterdiğini ve 60 yaşın üstündeki bireylerde %50'leri geçtiğini göstermektedir. Hipertansiyon sadece yaşlı grubu ilgilendiren bir sağlık sorunu değildir (4,5,6,7).

Türk toplumunda yapılan çalışmalarda yaklaşık her 3 erişkinden birinin hipertansif olduğu saptanmıştır. (4).

Bu oran 20-34 yaşları arasındaki erkeklerde (11%) kadınlarda ise (7%) olarak gözlenmiştir. Bu bilgiler erişkinlikte tedavi ettiğimiz tansiyonun, aslında genç yaşlardan itibaren ortaya çıkmaya başladığını desteklemektedir. (Türk hipertansiyon derneği, PatenT2 çalışması) (5).

Büyük oranda asemptomatik seyreden hipertansiyonda erken tanı, kardiyovasküler hasarların önlenmesinde ya da en azından yavaşlatılması/azaltılması yönünde ilk ve en önemli adımdır.

Uzm. Dr. Zülfikar DANAÖĞLU
Kent Hastanesi, Kardiyoloji Uzmanı

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

6523 sok. 32/B blok D: 410
35550, Karşıyaka, İzmir

Tel/phone: +90 0543 6551234

E-mail: drzulfikardanaoglu@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

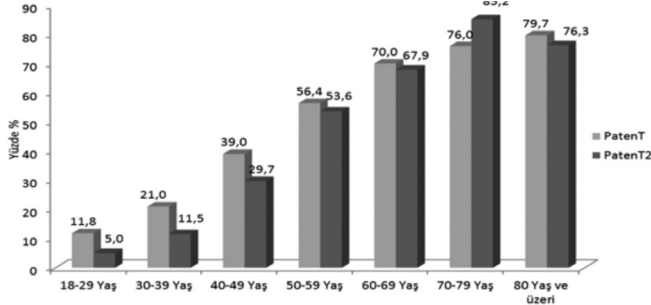
Hipertansiyon, yaş, Genç hasta, Sekonder Hipertansiyon,

Keywords:

hypertension,age, young age ,secondary hypertension

Geliş Tarihi - Received
13/07/2016

Kabul Tarihi - Accepted
01/09/2016



Tanı

Hipertansiyon tanısı, kan basıncının uygun yöntemlerle ölçülmesi ile başlar. Uygun kan basıncı ölçümü her sağlık muayenesinin olmazsa olmazıdır.

Tedavinin faydası çok çeşitli çalışmalar ile kanıtlanmış olmakla birlikte tansiyonun asemptomatik olması ve tedavinin yen etkilerinin önlenmesine yani uzakta olan bir noktaya olması, doktorlarda düşük riskli hastalarda ilaç kullanma 'medikalizasyon ve yan etki ihtimali nedeniyle tedavide kafa karışıklığı olabilmektedir. Bu sorun özellikle, yaşlı hasta gruplarında çalışılarak belirlenen tedavilere aday genç hasta grubunda ortaya çıkmaktadır.

Obezite, VKİ (vücut kitle indeksi yüksekliği), sigara, alkol kullanımı, sedanter yaşam tarzı gibi faktörler genç yaş grubunda daha fazla görülmeye başlamıştır. Dolayısı ile hipertansif hastalıkların ortaya çıkma şansı daha fazlalaşmıştır. Bu nedenle prehipertansif genç erişkinlerin belirlenmesi önem kazanmaktadır (7).

İdeal kan basıncı ölçümü şu şekilde yapılmalıdır:

- Hastalar kan basıncı ölçümünden önce en az üç-beş dakika dinlenmelidir. Kan basıncı ölçümünden yaklaşık 30 dakika önce hastanın sigara ve kafein tüketmesi önlenmelidir.

- Hasta rahat bir sandalyede oturmalı, kan basıncı ölçülecek kol çıplak olmalı, kol alttan desteklenmeli ve üst kolun orta noktası kalple aynı seviyede olmalıdır. Kan basıncı ölçümü için kullanılacak manşon kol çevresine uygun olmalıdır. Manşon kol çevresinin en az %80'ini sarmalıdır.

- Kan basıncı ölçümü iki dakika ara ile iki kez yapılmalı ve eğer iki ölçüm arasında 5mmHg'dan daha fazla fark varsa ilave ölçümler yapılarak değişkenliğin derecesi azaltılmalıdır. Mükemmel olarak uygulanmış olsa bile yalnız bir seansta yapılan kan basıncı ölçümlerinin hastanın ortalama kan basıncı değerini yansıtmaz. Bu nedenle, eğer hastanın ilk ölçülen değerleri çok yüksek (≥ 180 -110 mmHg) değilse, hipertansiyon tanısı koymadan önce en az birer hafta aralıklarla üç seans ölçüm yapılması tavsiye edilmektedir. Bu ölçümler sonrasında elde edilen değerler, kişinin takip programının belirlenmesi için kullanılmalıdır (1,2,5,6).

Hipertansiyonun kesin tanısı konduktan sonra tedavi birye göre kişiselleştirilmelidir.

Burada 3 soruya cevap aranmalıdır;

- Hipertansiyonun primer mi sekonder mi?
- Hipertansiyonun hedef organlar üzerinde etkisi olmuş mu, (kalp, beyin, böbrek, gözler)
- Kardiyovasküler hastalık gelişimi için hastanın toplam riski nedir?

Bu değerlendirme kolaylıkla gerçekleştirilebilir ve yeni tanı konulmuş tüm hipertansiflerde yapılmalıdır.

Klinik Değerlendirme

Yaştan bağımsız olarak değerlendirildiğinde tüm hipertansiyon hastalarında %90-95 oranında etiyojisi tam olarak bilinmeyen primer hipertansiyon saptanmaktadır. Sekonder Hipertansiyon prevalansı %5-10 kadardır.

Yaş grupları hesaba katıldığında sekonder HT oranları özellikle 18 yaş altı ve 40 yaşın üstünde giderek artmaktadır.

Ayrıca her yaş grubu için sekonder HT en sık sebepleri de değişkenlik göstermektedir. Örneğin Orta yaşlı erişkinlerde en sık sekonder HT nedeni hiperaldosteronizm iken, genç erişkinlerde tiroid problemleri ve fibromusküler displazi öne çıkmaktadır. Çocuklarda sekonder hipertansiyonun en sık sorumlusu ise %85 oranında renal parenkimal hastalıklardır.

Yaş grubu	Sekonder HT oranı	En sık sebepler
Çocuk (0-12 yaş)	70 - 85	Renal parenkimal hastalıklar Aort koarktasyonu
Adölesan (12-18 yaş)	10 - 15	Renal parenkimal hastalıklar Aort koarktasyonu
Genç erişkin (18-39 yaş)	5	Tiroit bozuklukları ibromusküler displazi Renal parenkimal hastalıklar
Orta yaş (40-64 yaş)	8 - 12	Aldosteronizm Tiroid bozuklukları Obstrüktif Uyku apnesi Cushing sendromu Feokromasitoma
Yaşlı (65 ve üstü)	17	Aterosklerotik renal arter darlığı Renal Yetmezlik Hipotiroidi

www.aafp.org/afp, December 15, 2010 • Volume 82, Number 12)

Buna rağmen genç hipertansiflerde öncelik, hipertansiyonun altta yatan bir nedene bağlı olup olmadığını araştırmak olmalıdır. Genç bireylerde daha az oranda ve daha hafif görülse bile hedef organ hasarı ve toplam kardiyovasküler risk de dikkatle değerlendirilmelidir.

Aşağıdaki tablo en sık karşılaşılan sekonder hipertansiyon nedenlerini yaş gruplarına göre yaklaşık oranları ile göstermektedir.

Öykü

En öncelikle hekim, hastanın kan basıncının doğru şekilde ve doğru pozisyonda yerleştirilen doğru boyuttaki manşon ile ölçüldüğünden emin olmalıdır. Şüphede kalınması halinde beyaz önlük hipertansiyonu tanısının dışlanması için ambulatuvar kan basıncı ölçümü yapılabilir.

Öyküde şikayetlerin başlangıcı, sıcak basmaları, terleme gibi feokromasitoma bulguları olabilecek yakınmalar sorgulanır.

Öyküde mutlaka Alkol, sigara, aşırı tuz tüketimi, meyan kökü kullanımı gibi kan basıncını yükselttiği bilinen maddeler sorgulanmalıdır.

ilaç kullanımı da özel olarak sorgulanmalıdır. İlaçların sekonder hipertansiyon sebepleri arasında önemli bir yeri olduğu gerçeği nedeniyle hastaların ilaç öyküsü ayrıntılı olarak alınmalı, özellikle de oral kontraseptif, illegal ilaçlar, sempatomimetik maddeler veya steroid olmayan antiinflamatuar ilaç kullanımı, zayıflama ve diyet çayları gibi ürünler sorgulanmalıdır. Suçlanan madde yada ilacın bir süre bırakılması kan basıncını düşürmek için gereken tek müdahale olabilir.

Ailede hipertansiyon, prematür kardiyovasküler hastalık veya ölüm ile hipertansiyona yol açabilecek ailesel hastalıklar sorgulanmalıdır.

Fizik Muayene

fizik muayene kan basıncının doğru olarak ölçülmesi ile başlamalı ve böbrek bölgelerinde üfürüm gibi sekonder sebeplere ait olabilecek ile hedef organ hasarının saptanması göz önünde bulundurularak tüm sistemleri kapsayacak tarzda gerçekleştirilmelidir. Fizik muayenede göz dibi incelemesi mutlaka yapılmalıdır (5,6,7).

Laboratuvar İncelemeleri

Genç hastalar da dahil olmak üzere hipertansif hastaların çoğunda tam kan sayımı, tam idrar analizi, kan şekeri, serum kreatinini ve elektrolitleri, lipid profili ve elektrokardiyografi, rutin olarak yapılması arzulanan laboratuvar incelemeleridir (2,5,6).

Bunun ötesindeki incelemeler ya sekonder sebeplerin tanısı için ya da hedef organ hasarının derecesinin saptanması için yapılmalıdır.

Özel İncelemeler

Sekonder Hipertansiyon düşünüldüğü gibi 18-39 yaşları arasındaki genç erişkinlerde değil (%5). bu gruptan daha

genç veya daha yaşlı gruplarda daha fazla yer almaktadır. örn 12-18 y grubunda %10-15, 40-64 yaş grubunda %8-12, 65 y üstü hastalarda %17 e çıkan oranlar ortaya koyan yayınlar vardır. Bu sebeple yukarıdaki klinik değerlendirme aşamalarında anlamlı bir bulgu varsa veya tedaviye direnç mevcudiyetinde, veya bu gruptaki erken ve geç yaşlarda ortaya çıkmış ise özel değerlendirmeler gündeme gelmelidir (7).

Klasik olarak sekonder hipertansiyon araştırmasının "uygunsuz kan basıncı" yüksekliği durumunda yapılması önerilmektedir. Uygunsuz kan basıncı yüksekliğinin özellikleri şunlardır:

- **Başlama yaşı:** Yirminin altı veya 50'nin üstü,
- **Kan basıncı derecesi:** 180/110 mm civarının üstü,

Organ hasarı:

- Evre 2 ya da daha yüksek göz dibi bulguları,
- Serum kreatinin değerinin 1,5mg/dl üzerinde olması,
- Kardiyomegali veya sol ventrikül hipertrofisi.

Sekonder sebep düşündürülen özellikler:

- Hipokalemi,
- Abdominal üfürüm,
- Taşikardi, terleme ve tremor ile birlikte değişken basınçlar,

Ailede renal hastalık öyküsü:

Etkin bir tedaviye rağmen yeterli cevap alamamak (2,5,6,7).

Sekonder sebepler içinde en önemli yeri, renal parankimal ve renovasküler hastalıklar tutmakta, ardından aort koarktasyonu ve endokrin sebepler gelmektedir. Hastanın öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar incelemelerinden elde edilen sonuçlarla bu sorunlara yönelik tanısal plan çizilmelidir (5,6,7).

Kardiyovasküler Risk Skoru

Hipertansiyonun tanısının konulup hedef organ hasarı değerlendirildikten sonra yapılması gereken, hastanın toplam kardiyovasküler risk skorunu belirlemektir. astaların tedavi ihtiyaçları ve tedavi hedefleri de bu riske göre belirlenmektedir (2,5,6,7).

Genç Hipertansif Hastada Özel Durumlar

Fibromusküler displaziye bağlı renal arter stenozu

Fibromusküler Displazi (FMD), renal arterleri tutma eğilimi gösteren ,etiolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Renal arterleri daraltarak ,renal perfüzyonu bozar. Özellikle kadınlarda olmak üzere, genç erişkinlerde en sık hipertansiyon sebeplerinden birisidir.

FMD li hastalarda fizik muayenede renal arter bölgelerinde yüksek frekanslı holosistolik üfürüm duyulabilir. ancak bu bulgu şart değildir. Genç hipertansif bir kadında periumbilical bölgede üfürüm varlığı renal arter stenozu için relative riski 5 kat artırır ve üzerine gidilmesi anlamı taşır.

Renal arter stenozunda anjiyografi altın standart olmasına rağmen invazif bir yöntem olduğu için başlangıç tet-

kik olarak seçilemez. Kuvvetli klinik şüphe varlığında Gadolinyumlu MR anjio veya kontrastlı anjiyo BT invazif anjiyografi kadar doğru sonuçlar verebilir. MR hem radyasyonsuz olması hem de stenoz derecesini gösterebildiği için biraz daha avantajlı görünmektedir. MR ve BT anjiyografinin kontrendike olduğu durumlarda ise renal arter Doppleri renal akım hızları aracılığı ile değerli bilgiler verebilir.

Vücut yapısı ve operatörün tecrübesine çok bağımlı olduğu için sensitivite ve spesifitesi çok düşüktür ve olabilirlik oranları (likelihood ratio) 1'e yakındır. Bu nedenle renal arter doppleri artık birinci basamak test olarak değerlendirilmemektedir (7).

Tiroid Disfonksiyonu

Tiroid hormonları kardiyak debiyi ve sistemik vasküler rezistansı değiştirerek kan basıncını etkiler. Hipotiroidi diastolik kan basıncında yükselmeye sebep olabilirken, hipertiroidi ise genelde izole sistolik hipertansiyon ve geniş nabız basıncı ile kendini gösterir.

Hipotiroidi genç yaşta en sık sekonder HT sebebi olarak görünmekle birlikte, yaşla birlikte sıklığı giderek artmakta ve 60 lı yaşlarda tepe yapmaktadır. Zıt şekilde hipertiroidi ise özellikle 20-50 yaşları arasında hipertansiyonla ilişkilidir. Düşündürücü öykü ve bulgular varlığında Tiroit stimulan hormon düzeyi her iki durum için iyi bir başlangıç testi, hassas bir belirteçtir (7).

Renal Parenkimal Hastalık

Renal parenkimal hastalıklar aslında pro-adölesan çağların ensik seconder HT sebebidir. Bu yaş grubunda glomerülonefrit, konjenital anormallikler ve reflü nefropatisi gibi patolojiler renal parenkimin hasarı ile sonuçlanır. Bu problemlerin yol açtığı hipertansiyon bazen genç erişkinliğe kadar belirgin şekilde ortaya çıkmayabilir.

Renal parenkimal hastalıktan şüpheleniliyor ise kan üre nitrojeni, kreatinin, tam idrar tetkik ve mikroskobisi ile renal ultrason ilk basamak tetkikler olarak seçilmelidir (7).

Oral Kontraseptif Kullanımı

Oral kontraseptif kullanımı gittikçe artmaktadır ve oral kontraseptif kullanan kadınların çoğunda kan basıncı değerlerinde yükselme olmaktadır. Ancak bu yükselme çoğunlukla hafiftir ve oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile birlikte değerler genellikle normale dönmektedir. Bazı durumlarda malign hipertansiyon ve ciddi renal hasar gelişiminin de gözlemlendiği hatırd tutulmalıdır. Bu nedenle oral kontraseptif kullananlarda kan basıncı ölçümleri daha sık yapılmalıdır.

Eğer kan basıncı yüksek saptanırsa hastalara başka kontrasepsiyon yöntemlerini kullanmaları önerilmektedir. Oral kontraseptif kullanımı bırakıldıktan üç ay sonra kan basıncı değerleri hala yüksekse hasta hipertansiyon açısından değerlendirilmelidir (6,7).

Tedavi

Genel olarak herkese kabul edilen tedavi hedefi;

- Genel populasyon için <140/90mmHg
- Diyabet ve Böbrek hastalıkları için <130/80 mmdir.

Ancak hipertansiyon tedavisinde ilk olarak akla gelmesi gereken ilaçlar değil, kan basıncının yaşam stili değişiklikleri ile kontrol edilebildiği ilaç dışı yaklaşımlar olmalıdır. Bunun nedeni bu hasta grubunda daha çok hafif-orta derecede hipertansiyon sorunu olması ve toplam kardiyovasküler riskin çok yüksek olmamasıdır. Nonfarmakolojik yaklaşımlarla sağlanabilecek 5-10 mmHg'lık kan basıncı düşmeleri, bu hastaları normotansif hale getirebilecektir (5,6,7).

Kılavuzlar özel bir endikasyon yok ise, artık ilk planda belirli bir ilaç grubu yerine tüm gruplarla tedaviye başlanabileceğini ifade etmektedir.

Kısaca araç ne olursa olsun amaç 140/90 mmHg nin altındaki kan basıncını yakalamaktır.

- Yan etkilerin azaltılması amacıyla belirli bir ilacın en düşük dozu ile tedaviye başlanmalıdır. Eğer kan basıncı kontrolü sağlanamazsa ve ilaca bağlı yan etki yoksa o zaman ilacın dozu artırılır.
- İlk başlanan ilaç tolere edilemiyorsa doz arttırmak yerine yeni bir ilaca geçilmesi düşünülebilir.
- Tedaviye uyumu arttırmak amacıyla seçilecek ilacın uzun etkili ve tek dozda kullanılabilecek özellikte olması aranmalıdır.

Şu unutulmamalıdır ki, kılavuzlar kutsal metinler değil, öneri kaynaklarıdır! tedavinin etkinliğini belirleyen en önemli faktör hasta-hekim ilişkisidir. Hekimin hastası ile kurduğu güvene dayalı pozitif ilişki, hastayı motive eder ve ancak motive hasta kan basıncını kontrol eder. Tavsiyeler hiçbir zaman kuvvetli bir klinik değerlendirmenin yerini alamaz veya hasta doktor arasındaki kişisel iletişimin yerine geçemez.

Kaynakça

1. (WHO 2011, global mortality risk factors)
2. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012 Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2 http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php
3. Seventh Report of the Joint. National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)
4. 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)
5. 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu,TKD arşivi
6. Genç Hipertansif Hasta Tanı ve Tedavi yaklaşımları . Arıcı,M. İç Hastalıkları dergisi, 2003,01
7. (american family physician ,December 15, 2010 Volume 82, Number 12