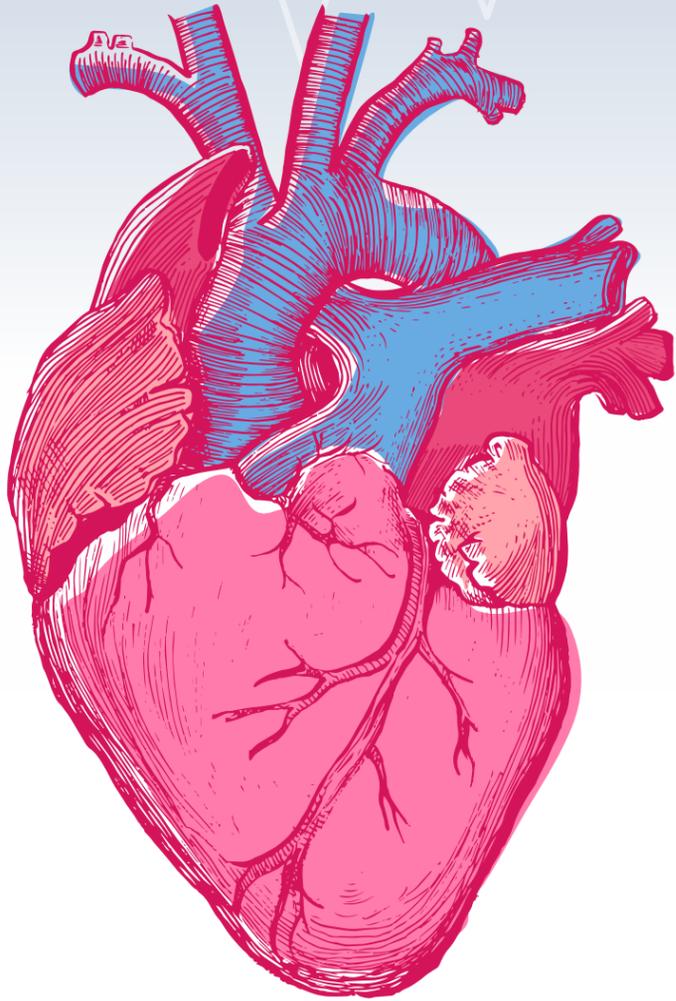


Pemilihan Antihipertensi pada Pasien Risiko Tinggi



Hipertensi dan penyakit kardiovaskular merupakan dua kondisi yang tidak dapat dipisahkan, keduanya masuk dalam daftar penyebab kematian terbanyak di dunia. Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular seperti infark miokard, gagal jantung dan stroke. Data penelitian di Amerika Serikat menunjukkan, meskipun hipertensi banyak didiagnosis namun kurang dari 60% diobati dan hanya 31% diantaranya terkontrol.¹ Berikut adalah sebuah ilustrasi kasus untuk membantu kita memulai dan memilih antihipertensi yang sesuai dengan profil individual pasien kita.

Seorang pria usia 45 tahun datang untuk berkonsultasi mengenai tekanan darah tinggi yang di alami. Pasien ini seorang perokok aktif (1 pak/hari selama 10 tahun), berasal dari keluarga dengan riwayat serangan jantung prematur, tidak ada riwayat stroke atau diabetes dalam keluarga. Saat ini pasien sudah menikah dan ingin mempertahankan hubungan seksual yang aktif dengan pasangan. Pemeriksaan fisik menemukan tekanan darah 170/110 mmHg, lainnya dalam batas normal. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar HDL 34 mg/dL, LDL 172 mg/dL dan A1C 6,3% sedangkan lainnya dalam batas normal. Prosedur tes treadmill telah dilakukan dan menunjukkan hasil negatif pada Bruce level III.

Bagaimanakah kita menangani hipertensi dan faktor risiko pada pasien ini?

Langkah pertama yang harus kita lakukan adalah menilai risiko kejadian kardiovaskular pada pasien ini, kita bisa menggunakan kalkulator ACC/AHA 2013

(www.cvriskcalculator.com) dan mendapatkan hasil 19.7% risiko dalam 10 tahun ke depan. Pasien ini jatuh ke dalam risiko tinggi sehingga harus mendapatkan penanganan yang adekuat untuk kontrol faktor risiko, termasuk diet rendah garam tinggi asam lemak tak jenuh (diet mediteran atau DASH), olah raga aerobik rutin teratur 30 menit/hari sebanyak 3-5 kali/minggu, kontrol LDL dengan statin potensi moderat tinggi seperti rosuvastatin 10 mg atau atorvastatin 20-40 mg, selain itu kontrol hipertensi juga harus dimulai secara adekuat pada pasien ini.

Obat antihipertensi awal apa yang dapat kita berikan pada pasien ini?

Sesuai dengan panduan JNC-8² kita dapat memulai antihipertensi apapun diantara tiga golongan diuretik (tiazid), penyekat kanal kalsium (CCB seperti amlodipin, nifedipin GITS), penghambat enzim konversi angiotensin (ACE-I seperti ramipril, lisinopril, enalapril) atau penghambat reseptor angiotensin-II (ARB seperti candesartan, telmisartan, valsartan). Namun mempertimbangkan adanya kadar HDL rendah dan gangguan toleransi glukosa (A1C 6,0-6,5%) pada pasien ini maka ACE-I atau ARB merupakan pilihan yang lebih baik. Anti hipertensi ACE-I dan ARB terbukti superior

dibandingkan diuretik ataupun CCB dalam menurunkan insidens infark miokard dan gangguan fungsi ginjal pada pasien diabetes dan dislipidemia.³

Obat antihipertensi kedua apa yang dapat kita berikan pada pasien ini?

Pada pasien-pasien yang memiliki tekanan darah inisial tinggi (stage II, $\geq 160/100$) seringkali dibutuhkan dua antihipertensi untuk dapat memberikan kontrol tekanan darah yang adekuat. Pada kondisi ini kita harus mulai memikirkan mengenai karakteristik individual pasien dan indikasi kuat untuk memilih jenis antihipertensi tertentu. Golongan CCB baik untuk mencegah stroke, diuretik baik untuk pasien hipertensi esensial dengan konsumsi garam tinggi, sedangkan penyekat beta merupakan golongan terbaik untuk pasien dengan penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung dan diabetes. Pasien ini dengan risiko tinggi PJK, disertai dengan dislipidemia dan gangguan toleransi glukosa, maka penyekat beta merupakan golongan yang dapat dipilih.

Apakah semua penyekat beta sama?

Secara umum terdapat 4 klasifikasi penyekat beta, yakni: non-kardioselektif non-vasodilatasi, kardioselektif non-vasodilatasi, non-kardioselektif vasodilatasi dan kardioselektif vasodilatasi. Dalam kasus penanganan hipertensi dan juga untuk menurunkan insidens PJK tentunya kita memilih properti yang terbaik yakni penyekat beta kardioselektif vasodilatasi. Sifat kardioselektif memungkinkan penyekat beta untuk mengendalikan irama jantung dan tekanan darah

tanpa menyebabkan efek samping sistemik. Sifat vasodilatasi dilain hal akan membantu menurunkan tekanan darah, memperbaiki aliran darah koroner dan mencegah terjadinya impotensi pada pasien diabetes. Satu-satunya penyekat beta dengan kemampuan kardioselektif dan vasodilatasi adalah neбиволol⁴, sehingga obat ini dapat dikatakan adalah penyekat beta terbaik yang kita punyai saat ini.

Pada pasien ini neбиволol juga merupakan pilihan yang sangat baik, oleh karena selain adanya hipertensi, dislipidemia dan gangguan toleransi glukosa dirinya merupakan perokok aktif dan masih menginginkan hubungan seksual aktif. Rokok diketahui menurunkan ketersediaan oksida nitrat (NO) di dalam darah sehingga menyebabkan aterosklerotik dan pada akhirnya impotensi. Kemampuan neбиволol untuk vasodilatasi disebabkan oleh karena kemampuannya meningkatkan ekspresi NO endotel dan juga sifatnya sebagai anti oksidan.

Kesimpulan

Penanganan hipertensi secara adekuat merupakan prioritas utama dalam pencegahan dan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah aterosklerotik. Penyekat beta merupakan salah satu pilihan untuk melengkapi antihipertensi inisial pada pasien risiko tinggi yang membutuhkan terapi kombinasi. Neбиволol merupakan penyekat beta terbaik dengan sifat kardioselektif dan vasodilatasi. *DSS*

Daftar Pustaka

1. JAMA 2003;290(2):199-206.
2. JAMA 2014;311(5):507-20.
3. Diabetes Care 2001;24(1):177-80.
4. Am J Cardiol 1987;59(13):10F-12F.

A PERFECT PARTNERSHIP

Nebilet
nebivolol hydrochloride
One treatment, Dual action

European Society of Hypertension states that Nebilet® is positively different to other antihypertensives,¹ combining highly selective β -blockade with nitric oxide-mediated vasodilation.² Nebilet® can significantly reduce mortality and is well tolerated.³ Nebilet® isn't just different, it helps protect lives.³

References: 1. Mancia G, Laurent S, Rosati EA et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertension* 2009;27:2121-2158. 2. Ignarro LJ. Different pharmacological properties of two enantiomers in a unique β -blocker, nebivolol. *Cardiovascular Ther* 2008;26:115-134. 3. Moen MU, Wagstaff AJ. Nebivolol: a review of its use in the management of hypertension and chronic heart failure. *Drugs* 2006;66(10):1389-1409.

1. TRADENAME OF THE MEDICINAL PRODUCT, NEBILET® tablets 5 mg. 2. QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION. One NEBILET® tablet contains 5 mg nebivolol as nebivolol hydrochloride. 3. THERAPEUTIC INDICATIONS. Hypertension. Treatment of essential. 4. DOSAGE. Hypertension. Adults. The dose is one tablet (5 mg) daily. Preferably at the same time of the day. Tablets may be taken with meals. In patients with renal insufficiency, the recommended starting dose is 2.5 mg daily. If needed, the daily dose may be increased to 5 mg. In patients over 65 years, the recommended starting dose is 2.5 mg daily. Optimal effect: after 1-2 weeks. 5. CONTRAINDICATIONS. Hypersensitivity, liver impairment, acute heart failure. In common with other beta-blockers: cardiogenic shock, uncontrolled heart failure, sick sinus syndrome, second and third degree heart block, history of bronchospasm, untreated pheochromocytoma, metabolic acidosis, bradycardia, hypotension, severe peripheral circulatory disturbances. 6. WARNING AND PRECAUTIONS. In common with other beta-blockers: anaesthesia, ischaemic heart disease, circulatory disorders, first degree heart block, diabetes, hyperthyroidism, chronic obstructive pulmonary disorders, psoriasis, allergen sensitivity, pregnancy and lactation. 7. UNDESIRABLE EFFECTS. Mostly mild to moderate. Incidence 1-10%: headache, dizziness, tiredness, paraesthesia, diarrhoea, constipation, nausea, dyspnoea, oedema. Incidence >1%: bradycardia, slowed AV conduction/AV block, hypotension, heart failure, intermittent claudication, impaired vision, impotence, depression, nightmares, dysgeusia, flushing, vomiting, bronchospasm, rash, pruritus. 8. LIST OF EXCIPIENTS. Polyorbate 90, methylhydroxypropyl cellulose (E464), lactose monohydrate, maize starch, croscarmellose sodium, microcrystalline cellulose (E460), colloidal anhydrous silica, magnesium stearate. For more information please refer to the Full Prescribing Information Leaflet.

For further information consult full prescribing information.
www.nebilet.com/indonesia

PT. Transfarmo Medica Indah a Menarini Company
LHO 602, Blok F1, Utama Plaza Indah 2
Jl. Sudiro, Kawasan Kencana, No. 30
Pondok Indah, Jakarta 12510, Indonesia

MENARINI TRANSFORMO MEDICA INDAH

NO1 SUCCESS GUARANTEE

10148102014004