

UTICAJ HIPERTENZIJE NADBUBREŽPNOG POREKLA NA TOK ISHEMIJSKE BOLESTI SRCA

*D. Kalimanovska-Ostrić¹, B. Ivanović¹, S. Stević¹, V. Ostrić²,
S. Matić¹, D. Simić¹, D. Avramović¹*

S a ž e t a k: Arterijska hipertenzija (HTA) se ističe kao važan faktor rizika u nastanku ishemijske bolesti srca (IBS) nezavisno od njene etiologije. Iako je HTA najčešće primarna (> 95% slučajeva), i kod pacijenata sa IBS treba misliti na mogućnost sekundarne hipertenzije. Među pacijentima sa koronarografski potvrđenom IBS lečenih u protekle 3 godine na Kardiologiji I naseg Instituta bile su 3 žene sa tumorom nadbubrega kao uzrokom sekundarne hipertenzije. Operacijom je potvrđen feohromocitom kod prve, primarni aldosteronizam kod druge a kod treće tip tumora nadbubrega nije određen jer bolesnica nije pristala na operaciju. Zajedničko je bilo održavanje i ponavljanje anginoznih tegoba čak i nakon tehnički uspešne perkutane transluminalne koronarne angioplastike (PTCA) ili pune medikamentne terapije. Do značajne stabilizacije ishemijske bolesti srca došlo je tek posle etiološkog lečenja hipertenzije (operacije tumora nadbubrega).

Zaključak: Iako neuporedivo ređa, sekundarna arterijska hipertenzija može da bude faktor rizika ili da koegzistira sa IBS. Dijagnoza i etiološko lečenje hipertenzije u ovim slučajevima doprinosi i stabilizaciji ishemijske bolesti srca.

K l j u č n e r e č i: nadbubreg, hipertenzija, ishemijska bolest srca.

S u m m a r y: Arterial hypertension (HTA) independent of its' etiology is considered as an important risk factor in the development of ischaemic heart disease (IHD). Although mainly essential, the possibility of secondary hypertension should be kept in mind even in patients with IHD. Among the patients with coronarographically proven IBS treated in the last 3 years in the department Cardiology I of our Institute, there were 3 women with adrenal tumor as the cause of secondary hypertension. Operation proved pheochromocytoma in the first case, primary aldosteronism in the second while in the third the nature of the tumor wasn't determined since the patient refused surgery. The persistence and recurrence of anginal pain even after a technically successful percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) or full medication treatment was mutual. Significant stabilization of the IHD occurred only after etiologic antihypertensive treatment (operative excision of adrenal tumors). Conclusion: Secondary arterial hypertension can be a risk factor or can coexist with IHD. The diagnosis and etiologic treatment of arterial hypertension especially if caused by adrenal tumors, contributes also to the stabilization of IHD.

Key words: adrenal, hypertension, ischaemic heart disease

Kardiologija I Instituta za kardiovaskularne bolesti KC Srbije, Beograd, Koste Todorovica 8.
tel 361- 7777 lok 3260.
e-mail: kalimdo@eunet.yu.

Uvod

Sekundarna arterijska hipertenzija je mnogo ređa od esencijalne. Iako je prisutna u svega 5% ukupne hipertenzivne populacije, njeno otkrivanje je značajno jer je potencijalno izlečiva. Etiolosko lečenje hipertenzije doprinosi sprečavanju ili ublažavanju komplikacija na ciljanim organima pa i stabilizaciji ishemijske bolesti srca bilo da je ona posledica ili udružena sa sekundarnom hipertenzijom¹⁻².

Kao dokaz da i kod bolesnika sa ishemijskom bolešću srca treba misliti na mogućnost sekundarne hipertenzije navodimo da su među pacijentima sa koronarografski potvrđenom IBS lečenih u protekle 3 godine na Kardiologiji I naseg Instituta bile 3 žene sa tumorom nadbubrega. Operacijom je potvrđen feohromocitom kod prve, primarni aldosteronizam kod druge a kod treće tip tumora nadbubrega nije određen jer bolesnica nije pristala na operaciju.

Tabela 1. Karakteristike nasih blesnica sa tumorom nadbubrega i IBS

Broj	God	IBS	Lab	Eho	CT	Oper
1	46	NAP	-	-	+	Feo
2	42	NAP	hipoK+	+	+	Cohn
3	22	ASIM	hiperglikemija	+	+	?

Kod prve dve bolesnice uočena je relativno rana pojava (pre menopauze) i brza progresija suženja na koronarnim arterijama pri koronarografijama, koje su ponavljane zbog održavanja bolova po tipu nestabilne angine pectoris (NAP) uprkos intenzivnoj medikamentnoj terapiji. Iako su postojali i drugi (hiperholestolemija, porodično opterećenje), arterijska hipertenzija je shvaćena kao važan faktor rizika s obzirom na dužinu trajanja (8 odnosno 22 godine), visinu arterijskog pritiska (skokovi do 230/120mmHg kod prve) i vaskularne promene (kod druge znači maligne hipertenzije). S obzirom na to da su nalazi specifičnih ispitivanja u cilju otkrivanja etiologije hipertenzije pri prethodnim hospitalizacijama ostali negativni, insistiralo se na intenzivnoj medikamentnoj antihipertenzivnoj terapiji.

Ponavljane epizode anginoznih bolova sa EKG promenama (sinusna tahikardija i značajna ST depresija) i posle tehnički uspešnih perkutanih transluminalnih koronarnih angioplastika (PTCA) uticala su da se ponovo ispita etiologija hipertenzije.

Tahikardija i skokovi pritiska uprkos visokim dozama b-blokatora su bili povod za kliničku sumnju na feohromocitom kod prve bolesnice. Iako nivo kateholamina nije bio povišen, nalaz tumora na levom nadbubregu pri pregledu kompjuterizovanim tomografijom (CT) abdomena doprineo je dijagnozi. Konačna potvrda je bio histoloski pregled operisanog tumora nadbubrega.

Kod druge bolesnice održavanje hipokalijemije (≈ 3.0) i posle isključenja diuretika su bila putokaz ka otkrivanju primarnog aldosteronizma, kao uzroka hipertenzije. Ehotomografski pregledom abdomena uočeno je promena na desnom nadbubregu koja je CT pregledom procenjena kao tumorska tvorevina 45 x 41 x 35mm, koja najviše odgovara adenomu.

Tek posle operativnog uklanjanja tumora nadbubrega, kod obe bolesnice je došlo do stabilizacije koronarne bolesti uporedo sa sniženjem arterijskog pritiska.

Treća bolesnica je bila najmlađa (22 godine) sa najtežim stepenom IBS. Ehokardiografski je nađena uvećana, globalno hipokontraktilna leva komora sa trombom u aneurizmatički deformisanom vrhu posle prelezanog anteroseptalnog infarkta miokarda (ASIM). Ejekciona frakcija je procenjena radionuklidnom ventrikulografijom na svega 14%, a PTCA suboluzije medijalnog segmenta prednje descendente grane leve koronarne arterije nije tehnički uspela. Kusingoidan izgled bolesnice i u odsustvu hipertenzije posle infarkta, bio je razlog ehotomografskog pregleda abdomena kojim je nađena solidna tumorska masa 32 x 32mm na levom nadbubregu. Odbijanje operacije je razlog što se ne zna tačan tip tumora nadbubrega u ovom slučaju pa ni mogući uticaj na IBS.

Diskusija

Potencijalna izlečivost sekundarne hipertenzije obavezuje svakog lekara da dođe do tačne dijagnoze i kadgod je moguće do otklanjanja uzroka arterijske hipertenzije¹⁻³. U slučaju hipertenzije nadbubreznog porekla, operacija samo funkcionalnog tumora ali ne i hiperplazije nadbubrega dovodi do izlečenja ili bolje kontrole hipertenzije. Upravo zato, osnovana klinička sumnja treba da bude povod za ponavljanje ili dopunu ranijih ispitivanja.

Cilj endokrinoloških ispitivanja je potvrda autonomne hiperprodukcije kateholamina / aldosterona odnosno kortizola. S obzirom na nedovoljnu specifičnost većine korisćenih testova kao i spontane varijacije u sekreciji hormona, mogući su i lažno negativni nalazi ispitivanja. Kod naše bolesnice sa feohromocitomom, više puta ponavljane analize kateholamina u urinu, neposredno posle skokova pritiska, ostale su u granicama normale.

Upravo zato i nezavisno od nalaza biohemijskih ispitivanja, koriste se i ehotomografija, kompjuterizovana tomografija i/ili magnetna rezonanca kao neinvazivne metode za prikazivanje, lokalizaciju i razlikovanje tumora od hiperplazije nadbubrega³. Invazivna ispitivanja treba izbegavati jer su potencijalno fatalna. Međutim, nekada su i ona neizbežna i korisna za utvrđivanje prirode masa u nadbubregu, a naročito kada se radi o tzv. "incidentalomu" odnosno slučajnom nalazu mase bez specifičnih endokrinoloških manifestacija. Kod feohromocitoma, angiografija bez premedikacije a-blokatorima, može da bude opasna³. Međutim i naša bolesnica sa Cohn-ovim

sindromom imala je hipertenzivnu krizu tokom pokušaja balon dilatacije sužene koronarne arterije. PTCA je odložena i urađena tek posle uvođenja spironolaktona u terapiju što se uz restrikciju soli savetuje kao priprema ili alternativa operativnog lečenja primarnog aldosteronizma zbog adenoma.

Kardiovaskularne komplikacije pa i razne manifestacije ishemijske bolesti srca su česte kod bolesnika sa hipertenzijom endokrinog porekla 2,4,5. Iako se obično pripisuju dugotrajnosti hipertenzije, nije isključeno ni drugo poreklo vaskularnih oštećenja (kateholamini, plazma reninska aktivnost i dr.). Za sperčavanje ili lečenje komplikacija presudno je etiološko lečenje sekundarne hipertenzije zbog čega se savetuje operativna ekscizija tumora nadbubrega.

Literatura

1. De Backer TL, De Buyzere ML, Tayemans Y et al: Cardiac involvement in pheochromocytoma. *J Hum Hypertens* 2000; 14: 469-471.
2. Baillargeon JP, Pek B, Teijeira J et al: Combined surgery for coronary artery disease and pheochromocytoma. *Can J Anaesth* 2000; 47:647 -652.
3. Brueckel J, Boehm B. Crisis after angiography. *Lancet* 1998; 352:1278.
4. Safi AM, Kwan T, Alam M et al: Coronary artery aneurysms, aortic dissection and hypertension secondary to primary aldosteronism: a rare triad. *Angiology* 1999; 50: 503-508.
5. Colao A, Pivonello R, Spiezia S et al: Persistence of increased cardiovascular risk in patients with Cushing's disease after five years of successful cure. *J of Clin Endocrinology and Metabolism* 1999; 84:2664-2672.