

OLGU 3

Sekonder Hipertansiyon (Renovasküler Etiyoloji) Olgusu

Oğuz Kaan KAYA¹

Olgu Sunumu

60 yaşında, kadın hasta son zamanlarda tansiyon ilaçlarını düzenli almasına rağmen, zaman zaman tansiyon değerlerinin yükselmesi ve şiddetli baş ağrısı olması nedeniyle kardiyoloji polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 15 yıldır hipertansiyon tanısı olan hasta kandesartan + hidroklorotiyazid (hct) 16/12.5 mg, 50 mg metoprolol kullanırken, tansiyonunun son günlerde yüksek seyretmesi üzerine aile hekimine başvurmuş. Hastanın tedavisine 10 mg amlodipin eklenmesine rağmen, son 1 aydır tansiyon değerleri 180/110 mmHg civarında seyrediyormuş. Hastanın tansiyonu 170/100 mmHg, nabız 70 atım/ dakika, ateşi 36.8 °C idi. Fizik muayenede kardiyovasküler muayene ve akciğer muayenesi normaldi, karın muayenesinde üfürüm tespit edilmedi. Sağ ve sol koldan ölçülen tansiyon değerleri arasında anlamlı fark yoktu. Femoral nabızlar alınıyordu. Hastadan sekonder hipertansiyon ayırıcı tanısı yapmak üzere elektrokardiyografi (EKG), transtorasik ekokardiyografi (TTE), postero-anteriyor akciğer grafisi, biyokimyasal tetkikler (üre, kreatinin, elektrolitler) ve renal arter renkli doppler ultrasonografi (USG) yapılması planlandı.

Klinik değerlendirme ve tanı

Hastanın EKG'si sinüs ritminde, kalp hızı 73 atım/dakika, sol ventrikül hipertrofisi bulguları (SV1 + RV5 50 mm, aVL'de R 14 mm, SV3 + RaVL 40 mm) mevcuttu (Şekil-1). Akciğer grafisinde aort topuzu belirgin olup sinüsler açıktı (Şekil 2). Hastanın TTE'sinde ejeksiyon fraksiyonu (EF) %60, septum 15 mm, arka duvar kalınlığı 14 mm olup konsantrik sol ventrikül hipertrofisi mevcuttu, kapak fonksiyonları normaldi (Şekil 3). Hastanın renal arter renkli doppler USG incelemesinde sağ böbrek 115 mm, parankim kalınlığı 17 mm, sol böbrek boyutu

¹ Uzm. Dr., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, oguzkaankaya@hotmail.com

bölümüne rekonstrüksiyon yapılma ihtiyacı, ileri derecede aterosklerotik aort damarında komplikasyon yaratma potansiyeli olan riskli perkütan anjiyoplasti manipülasyonlarından kaçınmak için, daha önce başarısız perkütan renal anjiyoplasti veya stent denemesi gibi durumlar sonrası cerrahi endikasyonu mevcuttur.

Anjiyoplasti

Revaskülarizasyon; fibromusküler displazide perkütan anjiyoplasti, aterosklerotik renovasküler hipertansiyonda perkütan anjiyoplasti ve stent uygulanması olarak tercih edilir. Bilateral renal arter stenozunda perkütan renal anjiyoplasti ve stent uygulaması revaskülarizasyon endikasyonu olan hastalarda tercih edilecek yöntemdir. Düşük riskli hastaların çoğunlukta olduğu medikal tedavi ile revaskülarizasyonun karşılaştırıldığı çalışmalarda primer kardiyovasküler sonlanım noktaları (kardiyovasküler veya renal sebeplerle ölüm, felç, miyokard infarktüsü, kalp yetersizliği için hospitalizasyon, takipte GFR'nin %30'dan fazla düşmesi veya son dönem böbrek yetmezliği gelişmesi) her iki grupta benzer bulunmuştur. Bu tür çalışmalarda hem revaskülarizasyon hem de medikal tedavi grubuna antihipertansif ilaçlar verilmiştir. Revaskülarizasyon işlemi geçirenlerde, medikal tedavi olanlara göre ortalama sistolik kan basıncı sadece 2 mmHg düşük bulunmuştur. Renal arter diseksiyonu gibi ciddi yan etkiler revaskülarizasyon grubunda daha fazla görülmüştür. Bu yüzden perkütan girişim veya cerrahi olmaksızın medikal tedavi ile takip akılda tutulması gerekli bir tedavi stratejisidir. Perkütan renal arter anjiyoplasti %8-20 olguda kan basıncını tamamen normaleştirir (antihipertansif ilaçların bırakılması), %50-60 olguda kan basıncında düzelme sağlar, %20-30 olguda ise başarısızdır. Perkütan renal arter anjiyoplasti ile iki yılda restenoz oranı %8-30 arasındadır. Stent uygulamasının anjiyoplasti ile karşılaştırıldığı bir çalışmada sadece anjiyoplasti olanlarda başarı %57 iken, anjiyoplasti ve stent olanlarda %88 başarı sağlanmıştır (4).

Kaynaklar

1. Horwitz EJ, Rahman M. Renovascular disease. In: Lerma EV, Sparks MA, Topf JM. Nephrology secrets. Philadelphia, PA: Elsevier 2019; pp. 444-8.
2. Postma CT, Joosten FB, Rosenbusch G, T Thien. Magnetic resonance angiography has a high reliability in the detection of renal artery stenosis. Am J Hypertens 1997; 10: 957.
3. Constantina Chrysochou, Robert N Foley, James F Young, Kaivan Khavandi, Ching M Cheung, Philip A Kalra. Dispelling the myth: The use of renin-angiotensin blockade in atheromatous renovascular disease. Nephrol Dial Transplant 2012; 27: 1403-9.
4. Beck AW, Nolan BW, De Martino R, et al. Predicting blood pressure response after renal artery stenting. J Vasc Surg 2010; 51: 380.