

Bölüm 3

RENOVASKÜLER HİPERTANSİYON

Elçin ERDOĞAN YÜCEL¹

GENEL BİLGİLER

Hipertansiyon birçok hastalığa öncü olabilen genel popülasyonun %30'unu etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Tüm hipertansiyon olgularının %90'ında neden saptanamaz. Bu grup primer hipertansiyon olarak sınıflandırılır (Tablo 1). Yeni tanı konan hipertansiyonun spesifik bir nedeninin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hipertansiyon tanısı konan hastaların %10'unda hipertansiyona neden olan altta yatan bir patolojik durum vardır (Izzo & Black, 2003). Bu grup sekonder hipertansiyon olarak sınıflandırılır. Sekonder hipertansiyon bulunan hastalarda tipik olarak ani başlangıçlı semptomlar (kan basıncı >160/100 mm Hg) ve belirgin hedef organ hasarı mevcuttur. Bu hastalar primer hipertansiyon hastalarından farklı olarak ilaç tedavisine iyi yanıt vermezler. Renovasküler hipertansiyon (RVH) en sık gözlenen sekonder hipertansiyon nedenidir. Hafif hipertansif hastalarda %1'inden azında ortaya çıkmakla birlikte şiddetli hipertansiyonu bulunan hastaların %10-30'unda renal arter hastalığı bulunabilir.

Tablo 1: Kan basıncı düzeylerinin tanımları ve sınıflandırılması

Kategori	Sistolik	Diastolik
Optimum	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek Normal	130-139	85-89
1. derece Hipertansiyon	140-159	90-99
2. derece Hipertansiyon	160-179	100-109
3. derece Hipertansiyon	>180	>110
İzole sistolik hipertansiyon	>140	<90

1 Uzman Doktor; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı; dr.eerdogan@yahoo.com

Kalsiyum kanal blokörleri afferent arteriyolde vasodilatasyon yaparak renal kan akımını korurlar. ACE inhibitörlerine göre renal fonksiyonların korunmasında daha olumlu etkileri vardır. Bilateral renal arter stenozu bulunan hastalarda azotemi kaygısı taşımaksızın kullanılabilirler.

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL RENAL ANJİOPLASTİ (PTRA)/STENT

PTRA genellikle çoklu antihipertansif tedaviye rağmen hipertansiyonu kontrol edilemeyen hastalarda yapılır. Cerrahi girişime göre kısa hospitalizasyon, düşük maliyet, düşük mortalite ve morbidite oranları avantajlarıdır. PTRA için sıklıkla femoral yaklaşım uygulanır. Fibromusküler displazisi olan genç hastalarda ilk seçenektir. PTRA uygulanan fibromusküler stenozlu hastalarda %80-100 arasında kür ya da hipertansiyonun daha iyi kontrolü sağlanır (Lerma, Berns & Nissenson, 2009). Aterosklerotik darlığı olan hastalarda PTRA sonrası nüks olasılığı fibromusküler darlıktan yüksektir. Bu nüksler daha sıklıkla PTRA sonrası ilk 3 ayda görülür. Ağır aterosklerozla birlikte ostial lezyonu bulunan olgularda yenisinden darlık oluşumunu azaltmak için stent uygulanmaktadır. İşlem sonrası emboli, renal arter rüptürü ve tromboz, renal enfarkt ve hematoma gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.

CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahi tedavi uygulanan hastalar genel olarak girişimsel tedavilerin uygulanmadığı veya başarısız olduğu hastalardır. Safen venin ya da hipogastrik arter greftleri kullanılarak yapılan aortorenal bypass operasyonları en sık kullanılan cerrahi revaskülarizasyon işlemidir. Hepatorenal veya splenorenal bypass girişimleri de tercih edilebilir. Teknik problemler nedeniyle revaskülarizasyon sağlanamayan hastalarda ototransplantasyon yapılabileceği akılda tutulmalıdır. Nefrektomi ancak hipertansiyonun nedeninin küçük non fonksiyone böbrek olduğu gösterildiği durumlarda endikedir.

KAYNAKLAR

- Anafarta, K., Arıkan, N. & Bedük, Y. (2008). Temel Üroloji Cep Kitabı. Güneş Tıp Kitabevi.
- Dworkin, LD. & Cooper, CJ. (2009). Clinical practice. Renal-artery stenosis. N Engl J Med, 361 (20), 1972-1978. Doi: 10.1056/NEJMcp0809200.
- Elliott WJ. (2008). Renovascular hypertension: an update. J Clin Hypertens (Greenwich), 10 (7), 522-533. Doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07788.x.
- Izzo, JL. & Black, HR (2003). Hypertension Primer (third edit). American Heart Association.
- Lerma, EV, Berns, JS. & Nissenson, AR. (2009) Current Diagnosis and Treatment in Nephrology and Hypertension (second edit). Mc Graw-Hill Comp.

- Rosenthal, T. (1993). Drug therapy of renovascular hypertension. *Drugs*, 45 (6), 895-909. Doi: 10.2165/00003495-199345060-00003.
- Sidhu, R. & Lockhart, ME. (2009). Imaging of renovascular disease. *Semin Ultrasound CT MR*, 30 (4), 271-288. Doi: 10.1053/j.sult.2009.04.002.
- Textor, SC. (2006). Renovascular hypertension update. *Curr Hypertens Rep*, 8 (6), 521-527.
- Tonbul, Z. & Güney, İ. (2007). Renovascular hypertension. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(4), 1-10.
- Yıldız, S. & Yaylalı, YY. (2012). Renovasküler Hipertansiyon. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci*, 24 (3), 206-212.