

KOARKTACE AORTY JAKO VZÁCNÁ PŘÍČINA SEKUNDÁRNÍ HYPERTENZE

MUDr. Zdeněk Štekl

Soukromá interní a gastroenterologická ordinace, Domažlice

V kazuistice bych chtěl upozornit na častý výskyt hypertenze v populaci a zdůraznit nutnost pátrání po příčinách sekundární hypertenze. Jako příklad uvádím případ rezistentní hypertenze u pacientky, kdy jako příčina hypertenze byla na základě fyzikálního vyšetření rozpoznána a angiograficky potvrzena koarktace aorty až v 53 letech věku. Po provedeném bypassu došlo k normalizaci STK a výraznému subjektivnímu zlepšení. V diskuzi jsou uvedeny vzácnější možné příčiny sekundární hypertenze. Zdůrazněna byla nutnost důkladného fyzikálního vyšetření před indikací dalších specializovaných vyšetření.

Interní Med. 2008; 10 (6): 308–309

Úvod

S hypertenzí se každý internista i praktický lékař setkává velmi často. Dle posledních údajů je prevalence hypertenze okolo 30 %. V nejméně 90–95 % případů jde o hypertenzi esenciální (primární). Zbývajících 5–10 % připadá na hypertenzi sekundární, jejíž příčina je známá. Poměrně malé procento sekundární hypertenze pravděpodobně vede k tomu, že po příčinách sekundární hypertenze se ne vždy pátrá tak důsledně, jak by závažnost její problematiky zasluhovala. Uvážíme-li, že průměrný obvod praktického lékaře čítá cca 2000 pacientů, lze ze statistických údajů snadno odvodit, že v každém obvodu by se mělo nacházet asi 400–500 hypertoniků, tedy nejméně 20 a více hypertoniků se sekundární hypertenzí. Tolik statistika. Pro nás je to výzva, neboť sekundární hypertenze je mnohdy odstranitelná.

Popis případu

Pacientka, narozená v r. 1954 a pocházející z jiného regionu, přišla sama k vyšetření pro těžkou hypertenzi, kterou se nepodařilo v žádném zařízení, ve kterém byla až dosud vyšetřována a léčena, zvládnout.

Z rodinné anamnézy vyplynulo, že otec, hypertonik, měl v 50 letech věku infarkt myokardu, který se ještě opakoval, a nakonec zemřel v 60 letech na iktus. Pacientka má 3 sourozence, kteří jsou zdraví. Vrozená vada se dle dostupných údajů v rodině nevyskytla.

Pacientka má menses od 15 let. Porodila 3 děti, všechny jsou zdravé, žádné z nich nemá vrozenou vadu.

Pacientka má základní vzdělání, od r. 1969 pracovala střídavě jako uklízečka a pomocná síla v kuchyni.

Jako pomocná kuchařka byla posuzována na správu sociálního zabezpečení. Od r. 1994 pobírá částečný invalidní důchod. Od r. 2005 pracuje jako uklízečka na částečný pracovní úvazek.

V osobní anamnéze uvádí, že v deseti letech dvakrát omdlela a byla vyšetřena pediatrem. Tehdy to bylo hodnoceno jako prostá mdloba.

V dokumentaci je údaj o prodělané revmatické horečce v r. 1966, tj. ve 12 letech. Sama líčí tehdejší onemocnění jako bolesti téměř všech kloubů, kvůli kterým se nemohla ani pohybovat. Hospitalizovaná tehdy nebyla. V roce 1975 byla vyšetřena na kardiologii a zřejmě pod dojmem prodělané revmatické horečky byl poslechový nálezní hodnocen jako porevmatická mitrální insuficience. V r. 1980 podstoupila apendektomii, jež byla bez komplikací. V rozsáhlé dokumentaci, která čítá desítky vyšetření na pracovištích ambulantních i nemocničních, je uváděn jako vedoucí příznak systolický šelest v mezokardu, bez výrazné propagace, rovněž hypertenze, která kolísá od 180–220/100–110. V r. 1997 byla kvůli hypertenzi s extrémními hodnotami TK odložena plánovaná cholecystektomie.

Ta byla dle dokumentace provedena až po stabilizaci TK na chirurgickém oddělení okresní nemocnice v místě tehdejšího bydliště v r. 2000.

Ve svém fertilitním období byla vdaná a ve svých 21, 22 a 24 letech porodila 3 děti. Kromě toho u ní byly provedeny dva potraty.

Pacientka byla stále vedena jako případ mitrální insuficience, s obtížně korigovatelnou hypertenzí a byla sledována ambulantní internistkou.

Byla léčena kombinací téměř všech dostupných antihypertenziv, aniž se podařilo dosáhnout uspokojivých hodnot TK. V osmdesátých letech dostávala Trimepranol, Hydrochlorothiazid, také Lanatosid C, později Moduretic, Lokren, Gopten. V poslední době Agen 10 mg, Vasocardin, Cynt 0,4 mg, Torvacard pro dyslipidemii.

Na jaře r. 2007 byla hospitalizována v okresní nemocnici pro paroxysmy supraventrikulární tachykardie s komorovou frekvencí až 170/min., které byly zvládnuty Isoptinem i. v. a bylo uvažováno o radiofrekvenční ablacii.

V květnu 2007 byla provedena koronarografie s normálním nálezem.

Echokardiografické vyšetření srdce prokázalo výraznou koncentrickou hypertrofii I. komory srdeční, dobrou systolickou funkci, nebyly patrné známky

disfunkce levé komory, ani poruchy průtoku na chlopních ústích, při horší přehlednosti.

Poslední terapie – Agen 10 mg, Moduretic 1/2 tbl., Cynt 0,4 mg, Betaloc 2x 100 mg, Torvacard 20 mg, ACEI nesnášela.

V této fázi jsem v červnu 2007 pacientku vyšetřil a zjistil jsem následující skutečnosti: již během základní školní docházky byla zproštěna tělesné výchovy pro šelest na srdci (ještě před revmatickou horečkou). Ve 13 letech školní pediatr zjistil hypertenzi a ptal se jí, jestli nepodstoupila před měřením TK větší námahu, ale k dalším kontrolám nedošlo.

První dítě měla v 21 letech. V poradně pro těhotné byla opět zjištěna hypertenze, ale dále léčena a vyšetřena nebyla. Druhé dítě porodila ve 22 letech. Následně byla vyšetřena ve fakultní nemocnici v místě tehdejšího bydliště se závěrem, že existuje podezření na nedomykavost mitrální chlopně. Ve 24 letech následoval třetí, fyziologický porod ve fakultní nemocnici, per vias naturales.

Při vstupním vyšetření bylo shledáno, že váha pacientky je 100 kg při výšce 160 cm, BMI 29 kg/m². Stěžovala si na námahovou dušnost, kterou hodnotím jako III. st. podle NYHA. Pacientka neudávala stenokardie ani klaudikace. V obličejí je invence neporušená, visus korigován skly, hrdlo klidné. Na krku náplň žil není zvýšená, štítná žláza nezvětšena.

Dále zjištěn TK na levé horní končetině 240/105, vpravo 230/100. Systolický šelest byl slyšitelný v pre-kordiu s maximem nad aortou a v jugulární jamce, kde byla i viditelná nápadná pulzace. Šelest byl slyšitelný i mezi lopatkami. Dýchání bylo čisté. Břicho měkké, s jizvami po apendektomii a cholecystektomii, bez hmatné rezistence. Pulzace v tříslech nebyly hmatné, ani pulzace na art. dorsalis pedis. Klidné varikozity na bérkách.

SONO břicha: stav po cholecystektomii, jinak stojí za zmínku jen nápadná gracilní břišní aorta, která je široká sotva 10 mm.

EKG: sinusový rytmus, příčně uložené srdce, osa srdeční – 30 st, bez ekg známek hypertrofie komor.

Rtg plic: Srdce doleva rozšířeno. Možnost menších uzurací na 3., 5.–7. žebra oboustranně (konstatováno dodatečně, po stanovení diagnózy).

Laboratorní nálezy byly bez pozoruhodných odchylek, zaznamenána byla jen smíšená hyperlipidemie, cholesterol 5,7 mmol/l, TG 3,0 mmol/l.

Na základě fyzikálního vyšetření bylo vysloveno podezření na koarktaci aorty a pacientka byla poslána na CT angiografii, která podezření potvrdila. Jde o koarktaci aorty s typickým zúžením v istmu na 10 mm, kdy kaudálně je aorta hypoplastická, vinutá. Jsou přítomny známky masivní kolateralizace tepenného oběhu, zejména cestou intercostálních tepen. Rozšíření levého srdce.

Následně byla pacientka operována na kardiocirurpickém oddělení FN v Plzni, byl proveden bypass koarktace aorty.

Bezprostředně po operaci došlo k normalizaci TK, nastalo subjektivní zmírnění dušnosti, nyní podle NYHA I-II. Zredukována byla původně rozsáhlá medikace na Torvacard a Anopyrin, Paroxysmy tachykardie se vyskytují jen ojediněle a jsou kontrolovány Isoptinem SR 240. Pacientka je schopna vykonávat běžnou činnost bez výraznějšího omezení.

Diskuze

I když esenciální hypertenze mezi hypertoniky naprosto převažuje, na sekundární hypertenzi je třeba myslet zejména u mladých lidí, při jejím náhlém vzniku, při rezistentní, zejména diastolické hypertenzi.

U každého hypertonika se mi osvědčilo provést sonografické vyšetření břicha, které odhalí např. polycystické ledviny, menší ledvinu při renovaskulární hypertenzi, sraštělé ledviny nebo hydro-nefrózu.

V popisovaném případě naznačoval možnou cévní anomálii nález hypoplastické, úzké břišní aorty.

Záchvatovitá, ale i trvalá hypertenze s bolestmi hlavy, tachykardií, hyperglykemií a hubnutím může upozornit na feochromocytom. Ten je nutno odlišit od tyreotoxikózy a potvrdit vyšetřením katecholaminů a kyseliny vanilmandlové v moči.

U hypertoniků, zejména žen, může hypokalemie se svalovou slabostí a polyurií upozornit na hyperaldosteronismus při Connově syndromu. Vyšetření mineralogramu se v běžné praxi vždy vyplatí, neboť může vést k podezření na hyperparatyreózu při zjištění hyperkalcemie.

Při Cushingově hyperkortikalizmu nemusí být vždy plně vyjádřen typický vzhled, ale kombinace centrální obezity, diabetu, hypertenze, hirsutizmu, hypogonadizmu a strií může naše úvahy vést správným směrem.

Zejména je nutno pečlivě sledovat TK v těhotenství, kdy TK nad 140/90 je indikací k zahájení medikamentózní terapie.

Pro rutinní praxi je třeba připomenout, že denně ordinované preparáty, jako jsou nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, kontraceptiva, antidepressiva a další, mohou zvyšovat TK.

U mladých, nově zjištěných hypertoniků je doporučeno měřit STK nejen na horních končetinách, ale i na dolních, neboť rozdíl mezi horní a dolní končetinou větší než 20 mmHg může indikovat další vyšetření se zaměřením na koarktaci aorty, např. CT angiografii.

Závěr

Proč nebyla koarktace aorty poznána dříve, ale až v 53 letech věku pacientky? Domnívám se, že důvodů je více. Byla podceňována anamnéza hypertenze již od dětství. Při fyzikálním vyšetření nebyla řádně provedena palpce tepen na dolní polovině těla. Není nikde uváděna pulzace v jugulu, která byla nápadná. Přestože echokardiografické vyšetření neprokázalo chlopenní vadu, nebylo pátráno po příčině systolického šelestu.

I když se dnes neobejdeme bez sofistikovaných a nákladných laboratorních a zobrazovacích metod, důkladné fyzikální vyšetření by mělo zůstat základem pro uvážení dalších kroků. Uvedený případ jen potvrzuje starou zkušenost, že anamnéza je mnohdy polovina diagnózy.

Cílem této kazuistiky je upozornit na problematiku a poměrně častý výskyt sekundární hypertenze.

Literatura u autora

MUDr. Zdeněk Štekl

Interní a gastroenterologická ordinace
Nezvalova 616, 344 01 Domažlice
e-mail: mudr.stekl@seznam.cz