

Pytania egzaminacyjne – zasady leczenia pozahipotensyjnego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym (część III)

Anna Szyndler

Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Szanowni Państwo, poniżej przedstawiamy kilka przykładowych pytań, które mogłyby znaleźć się na Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym z hipertensjologii. Każde z pytań uzupełniono krótkim komentarzem i wskazaniem źródła, w którym znajduje się rozwinięcie tematu.

Zespół redagujący

Pytanie 1

Wskaż lek z wyboru u pacjenta z opornym nadciśnieniem tętniczym, hipokalemią, wskaźnikiem aldosteron/aktywność reniniowa osocza (ARR) = 54, brakiem hamowania aldosteronu w teście obciążenia 2 litrami 0,9% NaCl i brakiem zmian ogniskowych w nadnerczach w obrazie tomografii komputerowej (TK), niezgadającego się na zabieg operacyjny:

- A. Indapamid
- B. Chlortalidon
- C. Torasemid
- D. Spironolakton
- E. Doksazosyna

Pytanie 2

Wskaż najlepsze postępowanie w przypadku przewlekłej złej kontroli nadciśnienia tętniczego u pacjenta przyjmującego 4 leki hipotensyjne w pełnych dawkach:

- A. Intensyfikowanie leczenia hipotensyjnego i diagnostyka przyczyn wtórnego nadciśnienia tętniczego
- B. Zamiana leków na inne z tych samych grup

- C. W przypadku wzrostu ciśnienia tętniczego podawanie leków doraźnie je obniżających
- D. Nieintensyfikowanie leczenia z powodu wysokiego prawdopodobieństwa nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjenta
- E. Odpowiedzi A i C są prawidłowe

Pytanie 3

Wskaż grupę pacjentów, u których można bezpiecznie rozpocząć leczenie inhibitorami konwertazy angiotensyny (ACE-I):

- 1. Pacjenci z obustronnym zwężeniem tętnic nerkowych
- 2. Mężczyźni bez istotnej hiperkalemii w badaniach laboratoryjnych
- 3. Kobiety w wieku rozrodczym
- 4. Pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek
- 5. Pacjenci z wywiadem gwałtownej, uogólnionej reakcji alergicznej na ugryzienie osy

- A. Odpowiedź 1, 2, 4
- B. Odpowiedź 5
- C. Odpowiedź 3,4
- D. Odpowiedź 2
- E. Odpowiedź 1,5

Adres do korespondencji: Anna Szyndler, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Mariana Smoluchowskiego 17, 80-214, Gdańsk; e-mail: anna.szyndler@gumed.edu.pl

Odpowiedzi z komentarzem

Pytanie 1

Prawidłowa odpowiedź: D

Jedną z najczęstszych przyczyn nadciśnienia tętniczego wtórnego jest hiperaldosteronizm pierwotny, charakteryzujący się wysokim stężeniem aldosteronu i niskim stężeniem reniny (aktywności reninowej osocza) w surowicy.

W obrazie klinicznym pacjenta z hiperaldosteronizmem pierwotnym (PHA) pojawić może się, oprócz nadciśnienia tętniczego, hipokalemia (również spontaniczna), wczesne powikłania nadciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca o charakterze tachyarytmii, osłabienie i kurcze mięśni.

Badaniem przesiewowym w kierunku PHA jest ocena wskaźnika aldosteron/aktywność reninowa osocza (ARR), którego wysoka wartość jest wskazaniem do wykonania testu potwierdzającego. Do potwierdzenia rozpoznania PHA stosować można testy supresji, takie jak test obciążenia solą fizjologiczną podawaną dożylnie, dietę bogato sodową, test z fludrokortyzonem lub testy prowokacyjne, na przykład test z kaptoprilem. Potwierdzenie rozpoznania PHA jest wskazaniem do wykonania badania tomografii komputerowej (TK)/rezonansu magnetycznego (MRI) nadnerczy. U potencjalnych kandydatów do zabiegu operacyjnego kolejnym krokiem diagnostycznym jest wykonanie cewnikowania żył nadnerczowych w celu różnicowania jedno- od obustronnego wydzielania aldosteronu. W przypadku braku zgody/możliwości wykonania zabiegu operacyjnego u pacjenta z potwierdzonym PHA leczeniem z wyboru pozostaje stosowanie antagonisty receptora aldosteronu — spironolaktonu [1].

Pytanie 2

Prawidłowa odpowiedź: A

Według obowiązujących wytycznych postępowania w nadciśnieniu tętniczym u każdego pacjenta z potwierdzonym opornym nadciśnieniem tętniczym (przyjmującego trzy leki w pełnych dawkach, w tym diuretyk, i nieosiągającego docelowych wartości ciśnienia) należy rozważyć badania przesiewowe w kierunku wtórnych przyczyn nadciśnienia tętniczego. Jest to wskazanie do skierowania pacjenta do ośrodka wysokospecjalistycznego [2].

Doraźne obniżanie podwyższonych wartości ciśnienia, którym nie towarzyszą ostre powikłania nadciśnienia tętniczego, nie znajduje uzasadnienia w dostępnych danych naukowych. W niektórych pracach podkreśla się jednak potencjalne szkody, które takie postępowanie może spowodować [3]. W przypadku częstego pojawiania się wysokich wartości ciśnienia tętniczego u pacjenta leczonego przewlekle należy wziąć pod uwagę konieczność modyfikacji przewlekle stosowanego leczenia, nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjenta oraz zaburzenia nastroju, a w szczególności obecność epizodu lęku, które mogą powodować dużą zmienność ciśnienia.

W przypadku pojawienia się ostrych powikłań nadciśnienia tętniczego — rozwarstwienie aorty, ostra niewydolność nerek, udar mózgu itp. — zastosowanie mają zalecenia postępowania w stanach nagłych w nadciśnieniu tętniczym [4].

Pytanie 3

Prawidłowa odpowiedź: D

Przeciwwskazaniami do stosowania inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE-I) jest obustronne zwężenie tętnic nerkowych lub zwężenie tętnicy jedynej nerki oraz nerki przeszczepionej. Zastosowanie ACE-I w tej grupie pacjentów skutkować może wystąpieniem ostrej niewydolności nerek związanej z gwałtownym spadkiem ciśnienia filtracji w kłębkach nerkowych.

Według obowiązujących wytycznych nie powinno stosować się ACE-I również u kobiet w wieku rozrodczym, prócz grup ze szczególnymi wskazaniami, takimi jak niewydolność serca czy białkomocz. W przypadku białkomoczu czy choroby serca konieczne jest upewnienie się, że pacjentka stosuje pewną metodę antykoncepcji. Ważne jest też uzyskanie zgody pacjentki na przyjmowanie leku, po udzieleniu jej informacji na temat potencjalnego działania teratogennego stosowanych leków.

Jednym z głównych działań niepożądanych ACE-I jest hiperkalemia, która może występować u osób z przewlekłą chorobą nerek, w tym w jej schyłkowej postaci. Z tego powodu w tej grupie pacjentów nie należy zalecać ACE-I bez wcześniejszej kontroli kalemii, a w przypadku ich stosowania regularnie oznaczać stężenie potasu w surowicy. Kalemia > 5 mmol/l jest przeciwwskazaniem do włączania leków z grupy ACE-I.

Piśmiennictwo

1. Williams TA, Reincke M. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Diagnosis and management of primary aldosteronism: the Endocrine Society guideline 2016 revisited. *Eur J Endocrinol.* 2018; 179(1): R19–R29, doi: [10.1530/EJE-17-0990](https://doi.org/10.1530/EJE-17-0990), indexed in Pubmed: [29674485](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29674485/).
2. Tykarski A, Filipiak KJ, Januszewicz A, et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2019 rok. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce.* 2019; 5(1): 1–86.
3. Patel KK, Young L, Howell EH, et al. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting. *JAMA Intern Med.* 2016; 176(7): 981–988, doi: [10.1001/jamainternmed.2016.1509](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1509), indexed in Pubmed: [27294333](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27294333/).
4. van den Born BJH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother.* 2019; 5(1): 37–46, doi: [10.1093/ehjcvp/pvy032](https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvy032), indexed in Pubmed: [30165588](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165588/).