

ПЪРВИЧЕН ХИПЕРАЛДОСТЕРОНИЗЪМ - КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

Николай Костадинов¹, Цветелина Тотомирова²

¹Университет проф.д-р Асен Златаров- Бургас

²ВМА-София

n.kostadinov_m.d@abv.bg

Резюме: Една от най-честите причини за вторична хипертония е първичният хипералдостеронизъм. Заболяването включва различни подтипове, всички характеризирани се с алдостеронова свръхпродукция от надбъбречните жлези. Най-често срещаните форми са двустранната надбъбречнокорова хиперплазия (ДНХ) и аденома на Кон. Диагнозата на ПА включва следните 3 стъпки:

- скрининг;

- потвърдителен тест;

- образна диагностика – компютърна томография (КТ) на надбъбречни жлези с контраст.

Заболяването остава до голяма степен недиагностицирано в резултат на съществуващите нормокалиемични форми и недостатъчното търсене. Тук представяме на широката аудитория клиничен случай на Първичен хипералдостеронизам- аденом на Кон. Пациентите с тази форма на заболяването се насочват за оперативно лечение.

Ключови думи: първичен хипералдостеронизам, аденом на Кон, лечение, клиничен случай

PRIMARY HYPERALDOSTERONISM - A CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

Nikolay Kostadinov¹, Tsvetelina Totomirova²

¹University Prof. Dr. Asen Zlatarov - Burgas

²MMA-Sofia

n.kostadinov_m.d@abv.bg

Abstract: One of the most common causes of secondary hypertension is primary hyperaldosteronism. The disease includes different subtypes, all characterized by aldosterone overproduction by the adrenal glands. The most common forms are bilateral adrenocortical hyperplasia (ADH) and Kohn's adenoma. The diagnosis of PA involves the following 3 steps:

- screening;

- confirmatory test;

- image diagnostics - computed tomography (CT) of adrenal glands with contrast.

The disease remains largely undiagnosed as a result of existing normokalemic forms and insufficient demand. Here we present to the general audience a clinical case of Primary hyperaldosteronism-adenoma of Kon. Patients with this form of the disease are referred for surgical treatment.

Key words: primary hyperaldosteronism, Kohn's adenoma, treatment, clinical case

1. Въведение

Първичният хипералдостеронизам е група от нарушения, при които продукцията на алдостерон е несъответно висока, относително автономна по отношение на ренин-ангиотензиновата система (РАС) и непотискаща се от натриево натоварване.

Основните причини за появата на ПА са надбъбречен аденом -аденом на Кон или двустранна надбъбречнокорова хиперплазия.[1]

Хипокалемичните форми на ПА се срещат от 9% до 37% .[2] Алдостероновата свръхпродукция е прототип на минералкортикоидна хипертония-свързана с натриева и водна задръжка. Алдостеронът предизвиква фиброза на миокарда и други тъкани. Най-честите усложнения са ригидност на миокарда, миокардна хипертрофия и ритъмни нарушения.[3]

Съществуват две основни форми на първичния алдостеронизъм: – Аденом на Кон и Идиопатичен хипералдостеронизъм. Диференциалната диагноза се поставя чрез използването на образни методи -компютърна томография на надбъбречните жлези/ Лечението при аденома на Кон е оперативно, а при идиопатичната форма-медикаментозно.

Честотата на ПА сред хипертониците варира в голям диапазон между 1,4% и 32%, средно 8,8% .[4]

Препоръчва се търсене на ПА сред следните групи пациенти:

- С трайно повишено артериално налягане над 150/100 mm Hg при три измервания в различни дни

- С резистентна на лечение артериална хипертония (с три медикамента, вкл. диуретик) •С контролирана артериална хипертония на лечение с четири или повече медикамента •Млади хипертоници или с фамилна анамнеза за артериална хипертония от млада възраст

- С артериална хипертония, асоциирана с хипокалиемия (спонтанна или индуцирана от диуретик)

- С артериална хипертония, асоциирана с надбъбречен инциденталом

- С артериална хипертония, асоциирана със сънна апнея

- При анамнеза за мозъчно-съдов инцидент в млада възраст (по-млади от 40-годишна възраст)

- Хипертоници-роднини от първа линия на пациенти с ПА. Препоръчва се скринингът да се осъществи с използване на съотношението алдостерон/ренин. Като скрининг за диагнозата ПА се препоръчва използването на съотношението алдостерон/ренин при следните условия:

- Коригиране на евентуална хипокалиемия

- Спиране на приема на медикаменти, които повлияват съотношението алдостерон/ренин: m спиронолактон, еплеренон, амилорид, триамтерен, К-губещи диуретици (най-малко за 4 седмици) m бета-блокери, АСЕ-инхибитори, централнодействащи медикаменти, нестероидни противовъзпалителни средства, сартани (най-малко за 2 седмици)

- За контролиране на артериалната хипертония могат да се използват верапамил депо-форми, алфа блокери

- Естроген-съдържащите медикаменти понижават активния ренин и могат да доведат до фалшиво положително съотношение.[5]

2.Цел

Целта на този случай е да се оцени и подчертае значението на разпознаването на първичния алдостеронизъм като най-честата причина за вторична хипертония и по-специално основната причина за резистентна към лекарства хипертония.

Целта на настоящото изложение е да докладва клиничен случай на ендокринна хипертония в резултат на диагностициран аденом на Кон- диагностично и терапевтично поведение. За представянето на случая бяха използвани всички данни от медицинската документация на пациентката. Нашата цел е да проследим диагностичният процес поставящ правилната диагноза на пациента.

3.Материал и методи

Касае се за 69 годишна жена, насочена за преглед от кардиолог. Пациентката е с оплаквания от главоболие, булбарна болка в очите, периодичен световъртеж. Тези оплаквания са били налице в продължение на 2-3 месеца, с прогресивно влошаване. Измерваното артериално налягане е било до 160/110 mmHg. До момента пациентката е била без данни за АХ.

Миналата медицинска история разкрива анамнеза за диагностициран преди 1 година инциденталом на лява надбъбречна жлеза с д-16мм.

Жизнени показатели по време на прегледа бяха както следва: АН 150/100mmHg, СЧ=72 удара/мин. От лабораторните: серумен креатинин-71,5ммол/л, GFR 79 ml/min/1,73m и ниво на калий в горна референтна граница 5,1 ммол/л.

От направените хормонални изследвания целящи да изключат ендокринна хипертония-свободният уринен кортизол и метанефриние в 24-часова диуреза са без отклонения. Пациентката е в еутиреоидно състояние. Съотношението **алдостерон/директен ренин** в плазмата е силно завишено- **295,0 / до 20/** , което имайки предвид и данните за аденом на лява надбъбречна жлеза е в подкрепа на диагнозата Първичен хипералдостеронизам- аденом на Кон. В резултат на това беше направена контролна КТ на корема с контраст. Абдоминална КТ с интравенозно контрастиране показва, наличие на аденом в лява надбъбречна жлеза с р/ри-29/17мм и плътност-6ХЕ. Отчете се нарастване на аденома за период от 1 година с 13мм. Пациентката бе насочена за оперативно лечение.

4.Изводи и заключение

Заболяването трябва да бъде активно търсено при пациенти с артериална хипертония, поради възможността за предотвратяване на усложненията на заболяването при навременна терапевтична намеса. С навременна диагностика и правилно лечение могат да бъдат предотвратени животозастрашаващи усложнения като миокарден инфаркт, мозъчносъдов инцидент, аритмии, шок, бъбречна недостатъчност, дисекираща аневризма на аортата, сърдечна недостатъчност. Основното лечение е оперативното, с последващо проследяване. При този подход прогнозата е благоприятна.

Съгласие на пациента: беше получено писмено информирано съгласие от пациентката за публикуване на този доклад съдържащ данни от медицинската документация. Копие от писменото съгласие е на разположение за преглед от редакционният екип на това списание при поискване.

Библиография

1. Funder JW, Carey RM, Mantero F, Murad MH, Reincke M, Shibata H, et al. The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;
2. Mulatero P, Stowasser M, Loh KC, Fardella CE, Gordon RD, Mosso L, et al. Increased Diagnosis of Primary Aldosteronism, Including Surgically Correctable Forms, in Centers from Five Continents. *J Clin Endocrinol Metab* 2004
3. Сабина Захариева- Надбъбречни жлези-2012
4. Rossi GP. Primary aldosteronism: a needle in a haystack or a yellow cab on Fifth Avenue? *Curr Hypertens Rep* 2004
5. Препоръки за добра клинична практика при заболявания на надбъбречните жлези - 2019, Българско дружество по ендокринология