

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pepo

Kazuistyka/Case report

Nadciśnieniowe stany pilne i nagłe u dzieci i młodzieży – opis dwóch przypadków



Hypertensive urgency and emergency in children and adolescents – two case reports

Beata Banaszak^{1,*}, Paweł Banaszak², Piotr Adamczyk¹, Aurelia Morawiec-Knysak¹, Maria Szczepańska¹

¹Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze, Polska

²Śląskie Centrum Chorób Serca, Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii z Oddziałem Kardiologii Dziecięcej w Zabrze, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 31.05.2015

Zaakceptowano: 17.07.2015

Dostępne online: 05.08.2015

Słowa kluczowe:

- nadciśnienie tętnicze
- nadciśnieniowe stany pilne
- nadciśnieniowe stany nagłe
- nadciśnienie naczyniowo-nerkowe

Keywords:

- Hypertension
- Hypertensive urgency
- Hypertensive emergency
- Renovascular hypertension

A B S T R A C T

Hypertension in children and adolescents is usually asymptomatic. Hypertensive urgency and emergency with signs of organ (brain, heart, kidney) insufficiency seem to be a urgent manifestation of the disease. Malignant hypertension in children and adolescents is usually secondary to renal parenchymal disease or renal artery stenosis. Two case reports reveal spectrum of organ damage due to hypertension of renal origin in childhood. Only systematic blood pressure measurements in children may lead to early diagnosis of hypertension and therefore prevent from severe complication of the disease.

© 2015 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Nadciśnienie tętnicze w wieku rozwojowym, definiowane jako uśredniona wartość ciśnienia tętniczego skurczowego i/lub rozkurczowego równa lub przekraczająca 95. centyl dla płci, wieku i wzrostu uzyskana w trzech niezależnych pomiarach, znacznie częściej niż u pacjentów dorosłych ma charak-

ter wtórny [1, 2]. Pośród wtórnych przyczyn nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży na pierwszym miejscu znajdują się choroby nerek i naczyń nerkowych [3]. Poniższa prezentacja przypadków klinicznych obrazuje drogę od objawu, którym jest nieprawidłowo wysoka wartość ciśnienia

* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Pediatrii, ul. 3 maja 13/15, 41-800 Zabrze, Polska. Tel./fax: +48 32 370 42 83, +48 32 370 42 92.

Adres email: beata.banaszak@op.pl (B. Banaszak).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2015.07.002>

0031-3939/© 2015 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

tętniczego, bądź zespołu objawów wpisujących się w definicję nadciśnieniowych stanów pilnych i nagłych, do rozpoznania leżącego u ich podłoża.

Przypadek 1.

13-letnia dziewczynka została skierowana do oddziału pediatrycznego z powodu nasilającego się od kilku dni uczucia osłabienia, ucisku w klatce piersiowej, okresowych wymiotów, miernie nasilonych obrzęków obwodowych. Po wstępnej diagnostyce pacjentkę przekazano do oddziału kardiologii dziecięcej z rozpoznaniem niewydolności serca i podejrzeniem kardiomiopatii rozstrzeniowej. Z uwagi na wysokie wartości ciśnienia tętniczego towarzyszące objawom niewydolności serca, w czasie diagnostyki kardiologicznej sformułowano tezę o wtórnej do nadciśnienia systemowego dekomensacji mięśnia sercowego i ostatecznie po wykluczeniu koarktacji aorty skierowano dziecko do oddziału nefrologii celem zdiagnozowania wyjściowej przyczyny nadciśnienia tętniczego i wdrożenia optymalnej terapii. Dziewczynka, będąca trzecim dzieckiem zdrowych rodziców, pochodziła z niepowikłanej, donoszonej ciąży. Urodziła się w stanie ogólnym dobrym, z masą ciała 3650 g, długością 58 cm, rozwój psychomotoryczny dziecka oceniany był jako prawidłowy. Do 13. rz. pozostawała w podstawowej opiece pediatrycznej w miejscu zamieszkania, sporadycznie chorowała na zakażenia układu moczowego, nie podlegała opiece specjalistycznej. W chwili skierowania dziecka do szpitala w badaniu fizykalnym dominowały objawy związane z niewydolnością serca: duszność z tachypnoe (30 oddechów/min.), akcja serca 110/min., asymetria szmerów oddechowych, stłumienie wypuku u podstawy płuc z przewagą po stronie prawej, hepatomegalia, powiększenie obwodu brzucha, obecność obrzęków na kończynach dolnych, ponadto obserwowano błądliwość powłok skórnych oraz znaczny niedobór masy ciała i wzrostu (mc. 30,15 kg, wzrost 141,5 cm, oba parametry poniżej 3. centyla). Uśrednione wartości ciśnienia tętniczego w odniesieniu do płci, wieku i centyla wzrostu przekraczały o ponad 5 mm Hg granicę 99. centyla, oscylując w przedziale od 175/136 mm Hg do 130/92 mm Hg, co pozwoliło na rozpoznanie nadciśnienia tętniczego o drugim stopniu zaawansowania [3-5]. W ABPM średnia wartość ciśnienia skurczowego i ładunek ciśnienia skurczowego wynosiły odpowiednio: 144 mmHg (powyżej 95. centyla) i 97%. Według klasyfikacji ciśnienia tętniczego opartej na pomiarze ABPM rozpoznano ciężkie nadciśnienie ambulatoryjne [6]. W panelu wstępnych badań laboratoryjnych obserwowano umiarkowaną niedokrwistość (Hb 9,8 g/dl), ujemne wykładniki stanu zapalnego, hipokaliemię (3,14 mmol/l), prawidłowe stężenie pozostałych elektrolitów, zasadowicę metaboliczną (HCO_3 30,6 mmol/l), podwyższone stężenie troponiny T (0,311 ng/ml n.: do 0,1 ng/ml), prawidłowe stężenie kinazy kreatyninowej, aminotransferaz, glukozy, prawidłowy obraz lipidogramu. Stężenie kreatyniny (57 umol/l), mocznika (7,3 mmol/l) oraz kwasu moczowego (313 umol/l) mieściły się w górnej granicy normy, GFR wg formuły Schwartza wynosił 90,6 ml/min., w badaniu ogólnym moczu stwierdzano opalescencję białka, w dobowej zbiórce moczu albuminuria wynosiła 79,7 mg (n. do 30 mg/dobę). W EKG zauważalne były cechy przerostu

i przeciążenia lewej komory serca (wysokie załamki R, ujemne załamki T w V4-V6). W UKG obserwowano powiększenie lewej komory serca (LVDD 5,7 cm, IVS 0,7 cm, LVPW 0,7 cm), wskaźnik masy lewej komory wynosił $57,1 \text{ g/m}^{2,7}$ (znacznie powyżej 95. centyla wg Khoury'ego; wartość przekraczająca $51 \text{ g/m}^{2,7}$ wskazuje na istotny przerost lewej komory), upośledzenie kurczliwości lewej komory z frakcją wyrzutową (EF) 27%, towarzyszącą niedomykalność zastawki mitralnej i trójdzielnej oraz obecność śladowej ilości płynu w osierdziu [7]. W badaniu ultrasonograficznym potwierdzono (wykrytą opukiwaniem) obecność płynu w prawej jamie opłucnowej, ponadto obserwowano przepełnienie żył szyjnych, powiększenie wątroby z cechami zastoju żylnego, obecność płynu w jamie otrzewnej i zatoce Douglasa, indeks zapadalności żyły głównej dolnej wynosił 0. W ocenie ultrasonograficznej nerek zwracała uwagę znaczna asymetria ich wymiarów – nerka prawa o wymiarach: 66/28 mm, nerka lewa: 104/49 mm, obie o prawidłowej echogeniczności, bez cech zastoju. W badaniu dopplerowskim tętnic nerkowych szczytowy przepływ skurczowy (PSV) współczynnik oporności (RI) oraz czas akceleracji w tętniczkach międzyplątowych (AT) obu nerek nie spełniały kryteriów rozpoznania istotnego hemodynamicznie zwężenia (dla nerki prawej PSV, RI i AT wynosiły odpowiednio: 1,64 m/s; 0,5; 60 ms) [8]. W okulistycznej ocenie dna oka opisano obraz mikroangiopatii odpowiadający II/III st. zaawansowania wg Keitha i Wagenera.

Rozpoznanie u pacjentki nadciśnienia tętniczego 2. stopnia z obecnością powikłań narządowych (objawowa niewydolność serca na tle kardiomiopatii nadciśnieniowej, uszkodzenie naczyń mikrokrążenia: retinopatia, albuminuria) wskazywało na konieczność poszerzenia diagnostyki. Wykonano panel badań hormonalnych: oznaczenie aktywności reninowej osocza (18,95 ng/ml/godz., n.: do 5,2 ng/ml/godz.), wraz ze stężeniem aldosteronu (153,1 pg/ml, n.: 40-310 pg/ml), wskaźnikiem aldosteron/renina wynoszącym 0,8 ng/dl/ng/ml/godz, dobowy profil stężenia kortyzolu w surowicy (23.00 – 7,24 ug/dl, 8.00 – 14,4 ug/dl, n.: 6,2-19,4 ug/dl) stężenie ACTH (8,3 pg/ml, n.: 7,2-63,3 pg/ml) oraz dobowe wydalanie metoksykatecholamin w moczu (196 ug/24 godz, n.: 25-312 ug/24 godz) i uzyskano dla wszystkich wskaźników, za wyjątkiem aktywności reninowej osocza, wyniki prawidłowe. Znaczenie podwyższona aktywność reninowa osocza, niska wartość wskaźnika aldosteron/renina wraz z opisaną w badaniach obrazowych asymetrią wymiarów nerek sugerowała nerkopochodny charakter nadciśnienia tętniczego. Diagnostykę skierowano na poszukiwanie nieprawidłowości unaczynienia, ewentualnie zmian o charakterze hipodysplazji w obrębie prawej nerki. W angiografii aorty brzusznej i tętnic nerkowych wykonanej metodą tomografii komputerowej (angio-TK) wraz z fazą urograficzną uwidoczniło pojedyncze tętnice nerkowe odchodzące od aorty w miejscu typowym, średnica światła prawej tętnicy nerkowej w początkowym odcinku wynosiła 4,5 mm, podczas gdy analogiczny wymiar światła lewej tętnicy nerkowej wynosił 6 mm, w przebiegu obu tętnic nerkowych nie zobrazowano patologicznych zwężeń (Ryc. 1), ponadto opisano asymetrię wymiarów nerek P<L, ścienienie warstwy korowej nerki prawej, brak cech zastoju w układach kielichowo-miedniczkowych i moczowodach obu nerek. Z uwagi na wywiad wskazujący

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8580070>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8580070>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)