

Sekonder Hipertansiyon Nedeni Olarak Primer Hiperparatiroidi

Primary Hyperparathyroidism as a Cause of Secondary Hypertension

ÖZ

Primer hiperparatiroidizm (PHPT), paratiroid bezinin fazla miktarda parathormon (PTH) salgılaması sonucu hiperkalsemi ile karakterize endokrin bozukluktur. Hastaların %80'inden fazlası asemptomatik olup sıklıkla tesadüfen yüksek serum kalsiyum değerleri saptanması sonucu tanı alırlar. Semptomatik hastaların çoğunda halsizlik, bitkinlik ve kolay yorulma, tekrarlayan taş düşürme öyküsü, poliüri ve polidipsi gibi şikâyetler bulunur. Biz sekonder hipertansiyon nedeni araştırılan bir hastada primer hiperparatiroidinin sebep olarak saptandığı bir olgu sunuyoruz.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Sekonder hipertansiyon, Hiperkalsemi, Nefrolitiazis, Primer hiperparatiroidi

ABSTRACT

Primary hyperparathyroidism is an endocrinological disorder characterized by secretion of parathormone and hypercalcemia. More than 80% of the cases are asymptomatic and are diagnosed during differential diagnosis of hypercalcemia. Fatigue, malaise, persistent nephro-urolithiasis, polydipsia and polyuria are the most common findings in symptomatic patents. We present a patient with secondary hypertension due to primary hyperparathyroidism.

KEY WORDS: Secondary hypertension, Hypercalcemia, Nephrolithiasis, Primary hyperparathyroidism

Mehmet GÜNDÜZ¹

Ekrem DOĞAN¹

Ercan GÜNDÜZ²

Hayriye SAYARLIOĞLU¹

- 1 Kahramanmaraş Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı,
Kahramanmaraş, Türkiye
- 2 Malatya Hekimhan Devlet Hastanesi,
İç Hastalıklar Kliniği, Malatya, Türkiye

GİRİŞ

Hipertansiyon, toplumda yaygın görülen ve olguların %90'ının primer (esansiyel) nedene bağlı olarak ortaya çıktığı bir hastalıktır (1). Olguların yaklaşık %10'unda sekonder bir neden saptanır. Sekonder hipertansiyon nedenleri renal ve endokrin sebepler olarak iki ana gruba ayrılabilir. Hastanın semptomları, tedaviye dirençli olması, yaş ve cinsiyeti sekonder hipertansiyon açısından uyarıcı olabilir.

Sekonder hipertansiyonun nadir nedenlerinden biri de primer hiperparatiroidizmdir (PHPT). PHPT'nin en sık nedeni paratiroid adenomudur. Hiperparatiroidinin klinik semptomları halsizlik, yorgunluk, eklem ve kemik ağrısı, bulantı-kusma, konstipasyon, peptik ülser, pankreatit, depresyon, tekrarlayan nefrolitiazis ve hipertansiyondur.

OLGU

Otuz bir yaşında erkek hasta bulantı, baş dönmesi, baş ağrısı, hipertansiyon ve tekrarlayan taş düşürme yakınmaları ile nefroloji kliniğimize yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde tekrarlayan taş düşürme, 1 kez taş operasyonu ve 2 kez mide kanaması, soy geçmişi ise kız kardeşinde tekrarlayan taş düşürmeyi takiben son dönem böbrek yetersizliği oluşmuştu. Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı sol kolda 150/100mmHg, sağ kolda 160/100 mmHg olarak ölçüldü. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Spot idrarda pH 7,0 ve dansite 1006 idi. İdrarda protein negatif, eritrosit ve lökosit 3 pozitif. İdrar mikroskopisinde her sahada çok sayıda eritrosit ve lökosit görüldü. 24 saatlik idrarda protein düzeyi 395,5 mg/dl, kreatin klirensi 64,31 ml/dk, kalsiyum 17.4 mg/dl

Geliş Tarihi : 22.02.2011

Kabul Tarihi : 17.08.2011

Yazışma Adresi:

Mehmet GÜNDÜZ

Kahramanmaraş Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı,
Kahramanmaraş, Türkiye

Gsm : 0 505 266 89 01

E-posta : drmgunduz02@gmail.com

idi. İdrar kültüründe üreme olmadı. Serumda BUN düzeyi 13-23 mg/dl, kreatin 1,4 mg/dl, AST 26 U/L, ALT 53 U/L, ALP 153 IU/L, total protein 7.5 g/dl, albümin 4.5 g/dl, sodyum 137 mg/dl, potasyum 4.6 mg/dl, kalsiyum 14.8-15.5 mg/dl, fosfor 2,7-1,3 mg/dl idi. Hemogramda beyaz küre 7900/mm³, hemoglobin 17,2 g/dl, hematokrit %48,0 ve trombosit 296000 K/uL düzeyindeydi. Hastanın ölçülen parathormon düzeyi 710 pmol/l olarak rapor edildi.

Yapılan batın ultrasonunda bilateral nefrokalsinozis saptandı, böbrek boyutları normal olup parankim nispeten incelmisti (8 ve 9 mm). Renal arter Doppler ultrasonu normal sınırlarda idi. Parathormon yüksekliğini araştırmak üzere yapılan boyun ultrasonunda sol paratiroid lojunda 27x18x10 mm boyutlarında solid homojen paratiroid adenomu ile uyumlu hipoeoik kitle saptandı.

Literatürde hipertansiyona neden olan az sayıda tanımlanmış primer hiperparatiroidi vakasından yola çıkarak hastaya hidrasyon sonrası paratiroidektomi uygulandı. Postop serum kalsiyum değeri 10,9 mg/dl, fosfor 4,3 mg/dl ve parathormon düzeyi 126 pg/ml idi. Öncesinde hipertansiyonu kontrol amaçlı anjiyotensin reseptör blokleri başlanan hastanın operasyon sonrasında tansiyonu normal sınırlarda seyretmesi üzerine hastanın ilacı kesildi. Sonrasında poliklinik takibine alınan hastada hipertansiyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Hipertansiyonun sekonder nedenlerinden biri de endokrin nedenlerdir. PHPT de bu endokrin nedenlerden biridir. PHPT'nin en sık nedeni paratiroid adenomu olup genelde tek adenomdur (%83). Diğer nedenler hiperplazi (%15), ektoptik PTH salınımı ve paratiroid karsinomlarıdır. Sık tekrarlayan nefro-ürolitiazis, poliüri, polidipsi, yaygın kemik ve eklem ağrıları, hiperkalsemi ve hipofosfatemi hiperparatiroidi bulgularıdır. Ayaktan tedavi edilen hastalardaki hiperkalseminin en sık nedeni PHPT'dir (2,3). PHPT'li hastaların %75-80'i asemptomatiktir. Semptomatik PHPT'li hastalarda artmış kalsiyum ve PTH düzeylerine bağlı olarak kemik hastalığı (osteitis fibrosa sistika), nefrolitiazis ve nonspesifik gastrointestinal, kardiyovasküler ve nöromusküler disfonksiyon belirti ve bulguları görülebilir (4,5,6). Semptomatik PHPT'nin semptom ve bulguları hiperkalsemiye sekonder olarak meydana gelen kemik hastalığı, böbrek taşları ve nonspesifik gastrointestinal sistem, kardiyovasküler sistem ve nöromusküler disfonksiyona bağlıdır (2,7,8,9). Hiperkalsemi de hipertansiyona neden olmaktadır. Fakat hiperparatiroidi vakalarında ortaya çıkan hipertansiyonun nedeni tam olarak anlaşılamamıştır. MEN-2 sendromunda hiperparatiroidiye eşlik eden feokromositoma da hipertansiyona yol açan yandaş bir hastalıktır. Eğer hiperkalsemiye bağlı renal fonksiyon bozukluğu ortaya çıkarsa hipertansiyon ortaya çıkabilmektedir (10).

PHPT'ye bağlı hipertansiyonun tedavisi cerrahidir. Klinik ve biyokimyasal olarak PHPT cerrahi eksplorasyonu gerektirir. Cerrahi kesinlikle küratiftir. Hiperparatiroidili hastaların başarılı cerrahi tedavisinden sonra aç kemik sendromu adı verilen tablo ile karşılaşılabilir. Bu tabloda uzun süreli paratiroid hormon aktivitesine bağlı olarak kemik rezorpsiyonu artmıştır. Operasyondan sonra paratiroid hormon otonomisi ortadan kalktığı için kemikte aşırı kalsiyum ve fosfor alınması olur. Geçici olarak hipokalsemi bulguları ile karşılaşılabilir. Bu durumun yakın takibi önem arz etmektedir. Bizim olgumuzda böyle bir tablo gözlenmemiştir.

KAYNAKLAR

1. An epidemiological approach to describing risk associated with blood pressure level. Final report of the Working Group on Risk and High Blood Pressure. *Hypertension* 1985; 7: 641-651
2. Kearns AE, Thompson GB: Medical and surgical management of hyperparathyroidism. *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 87-91
3. Mihai R, Farndon JR: Parathyroid disease and calcium metabolism. *Br J Anaesth* 2000; 85: 29-43
4. Silverberg SJ, Shane E, Jacobs TP, Siris E, Bilezikian JP: A 10 year prospective study of primary hyperparathyroidism with or without parathyroid surgery. *N Engl J Med* 1999; 341: 1249-1255
5. Bilezikian JP, Brandi ML, Rubin M, Silverberg SJ: Primary hyperparathyroidism: New concepts in clinical, densitometric and biochemical features. *J Intern Med* 2005; 257: 6-17
6. Simonds WF, James-Newton LA, Agarwal SK, Yang B, Skarulis MC, Hendy GN, Marx SJ: Familial isolated hyperparathyroidism: Clinical and genetic characteristics of thirty-six kindreds. *Medicine (Baltimore)* 2002; 81: 1-26
7. Potts JT Jr: Diseases of the parathyroid gland and other hyper- and hypocalcemic disorders. In: Harrison TR, Braunwald E. *Harrison's Principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill 2001:8-22
8. Bilezikian JP, Potts JT Jr, Fuleihan Gel-H, Kleerekoper M, Neer R, Peacock M, Rastad J, Silverberg SJ, Udelsman R, Wells SA Jr: Summary statement from a workshop on asymptomatic primary hyperparathyroidism: A perspective for the 21st century. *J Bone Miner Res* 2002; 17: 2-11
9. Silverberg SJ: Natural history of primary hyperparathyroidism. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2000; 29: 451-464
10. Sancho JJ, Rouco J, Riera-Vidal R, Sitges-Serra A: Long-term effects of parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism on arterial hypertension. *World J Surg* 1992; 16: 732-736