

# Biyopsikososyal Yaklaşım Eşliğinde Sekonder Hipertansiyon Çözümlemesi

## Analysis of Secondary Hypertension Accompanied by a Biopsychosocial Approach

Selma Türker <sup>1\*</sup>, Cüneyt Ardıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, Rize, Türkiye.

**Anahtar kelimeler:** Hipopotasemi, Hipertansiyon, Metabolik alkaloz, Primer hiperaldosteronizm

**Key words:** Hypokalemia, Hypertension, Metabolic alkalosis, Primary hyperaldosteronism

**Sorumlu Yazar:** Selma Türker  
drselmaturker@gmail.com

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Başvuru Tarihi:** 25 Ocak 2022

**Kabul Tarihi :** 29 Nisan 2022

### Özet

Primer hiperaldosteronizm sekonder hipertansiyonun yaygın görülen sebeplerinden birisi olup, tanı konulup medikal veya cerrahi yolla tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Bu olgu sunumunda; 15 yıldır hipertansiyon tanısı olup medikal tedaviye rağmen tansiyon takipleri yüksek seyreden, laboratuvar tetkiklerinde metabolik alkaloz ve hipopotasemi saptanan primer hiperaldosteronizm olgusu anlatılmıştır.

### Giriş

Primer hiperaldosteronizm, elektrolit dengesinin sağlanmasında renin-angiotensin sisteminden bağımsız olarak gereğinden daha fazla aldosteronun salgılandığı bir endokrin bozukluktur. (1) Uygunsuz aldosteron üretimi; hipertansiyona, kardiyovasküler hasara, sodyum tutulumuna, plazma renin düzeyinin baskılanmasına, potasyum atılımının artması (uzun süreli ve şiddetli baskılanma durumunda) ile hipokalemiye sebep olabilir. (2) Bu olguda, hipokalemi sebebi ile aile hekimliği polikliniğine başvuran primer hiperaldosteronizm vakası sunulmuştur.

### Olgu

49 yaşında, gemi personeli olarak çalışan erkek hasta; yaklaşık 1 haftadır vücudunda olan kaşıntı ve kızarıklık şikâyeti ile acil servise başvurmuş, yapılan kan tetkiklerinde potasyum değerinin düşük gelmesi üzerine hipopotasemi etiyolojisinin aydınlatılması amacı ile ertesi gün polikliniğimize başvurmuştur. Acil servisteki tetkiklerinde; potasyum değeri 2,48 mmol/l (referans aralığı: 3,5-5,1 mmol/l); kan gazında, potasyum değeri 2,4 mmol/l (referans aralığı: 3,4-4,5 mmol/l), pH:7,48 (referans aralığı: 7,35-7,45), HCO<sub>3</sub>:30,3 mmol/l (referans aralığı: 22,5-26,9 mmol/l), pCO<sub>2</sub>: 40,6 mmHg (referans aralığı: 35-48 mmHg)'di. Özgeçmişinde hipertansiyon (15 yıldır) hastalığı tanısı mevcut olup karvedilol 25 mg, irbesartan 300 mg, benidipin hidroklorür 8mg kullanmaktaydı. 30 paket/yıl sigara kullanım öyküsü

vardı ve aktif içiciydi. Alkol kullanımı, bilinen alerjen öyküsü yoktu. Soy geçmişinde özellik yoktu.

Cilt döküntüsü dışında şikâyet tanımlamayan hastanın, sorgulandığında poliürisinin olduğu öğrenildi. Anamnez derinleştirildiğinde; çaylıkta çay kestiği, 1 hafta önce covid-19 aşısı (biontech 1. doz) olduğu ve sonrasında vücudunda kaşıntı- kızarıklık şikâyetinin başladığı öğrenildi. Desloratadin 5 mg kullanmasına rağmen şikâyetleri azalmadığı için kullandığı preparat değiştirilip levosetirizin dihidroklorür 5 mg başlandı ve dozu 2\*1'e çıkarıldı. Hipertansiyon için üçlü antihipertansif ilaç kullanmasına rağmen, kan basıncı takiplerinin sistolik 150-160 mmHg, diyastolik 90-100 mmHg civarında seyrettiği öğrenildi. Hastanın yakın zamanda kullanmaya başladığı yeni bir ilaç (diüretik, beta agonist ilaç vb.) veya bitkisel ajan (meyan kökü vb.) ve ayrıca son zamanlarda dehidratasyona sebep olacak kusma-diyare öyküsünün olmadığı öğrenildi. Geçmiş laboratuvar tetkikleri incelendiğinde, Kasım 2020'de potasyum değerinin 3.16 mmol/l olduğu öğrenildi. Başvuru sırasındaki fizik muayenesinde; ateş 36.7 C, nabız 80 atım/dk, solunum sayısı 15/dk, kan basıncı 160/100 mmHg olarak ölçüldü. Ciltte daha çok kollarda ve yüzde, basmakla solan, makülopapüler tarzda döküntüsü mevcuttu. Diğer sistemlerin muayenesinde patolojik bir bulgu ile karşılaşmadı. Elektrokardiyografisinde u dalgaları gözlemlendi, aritmi saptanmadı. Polikliniğimizde yapılan tetkiklerinde potasyum değeri 3.1 mmol/l, sodyum değeri 145

mmol/l, magnezyum 1.94 mg/dl, üre 52 mg/dl, kreatinin 1,08 mg/dl, spot idrarda potasyum/kreatinin oranı 18.46 mEq/g, plazma renin düzeyi 0.09 ng/ml/saat (N:0.048-4.88), plazma aldosteron düzeyi 324 pg/ml (N:34.7-275) olarak saptandı. Plazma aldosteron/renin oranı 360 ng/ml/saat (>30) olarak hesaplandı.

15 yıldır hipertansiyon hastalığı olup (35 yaşında tanı almış), ilaçlarını düzenli kullanmasına rağmen kan basıncı regüle olmayan, laboratuvar tetkiklerinde kronik seyirli hipopotasemi, metabolik alkaloz gözlenen, plazma renin/aldosteron oranı artmış olan hasta primer hiperaldosteronizm (conn sendromu) ön tanısı ile endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanına sevk edildi.

### Tartışma

Ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın olup; yapılan farklı çalışmalarda erişkin yaş grubunda prevalansı; %33 (Türk Kardiyoloji Derneği), %35,9 (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) ve %30,3 (Türk HT ve Böbrek Hastalıkları Derneği) şeklindedir. Yükselmiş kan basıncı; miyokard infarktüsü, konjestif kalp yetmezliği, serebrovasküler olaylar ve ölüm dahil olmak üzere artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. (3)

Etiyolojisinin aydınlatılıp, ilaç veya cerrahi yolla tedavi edilip düzeltilebilmesi sebebi ile sekonder hipertansiyon nedenlerinin saptanıp, tanısının konulması oldukça önemlidir. Adrenal kortekste zona glomeruloza tabakasından artmış aldosteron salınımı sebebi ile oluşan primer hiperaldosteronizm, sekonder hipertansiyonun yaygın görülen nedenlerindedir. Önceden yapılan çalışmalarda görülme sıklığı %1 civarlarında iken, tarama testlerinin uygulanma sıklığının artması ile bu oran %5-13 aralığına çıkmıştır. (4) Vakaların çoğu (%90) bilateral idiyopatik hiperaldosteronizm ve aldosteron üreten adenoma bağlı oluşmaktadır. Daha nadir görülen alt tipleri (<%10) ise; familial hiperaldosteronizm ve adrenal karsinomdur. (5)

Primer hiperaldosteronizmin tanınıp tedavi edilmesi hasta için oldukça önemlidir. Çünkü tedavi edilmemiş primer hiperaldosteronizm tanısı olan hastalar esansiyel hipertansiyonu olanlarla

kıyaslandığında; geçirilmiş miyokard infarktüsü veya akut koroner sendrom riski 2,5 kat, serebrovasküler olay veya geçici iskemik atak riski 3-4 kat, periferik arter hastalığı riski 3 kat artmaktadır. (6)

Aile hekimliği disiplini çekirdek yeterliliklerinden biri olan bütüncül modelleme ilkesi kapsamında hastanın tüm yönleri ile alındığı yaklaşım modeli biyopsikososyal yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. (7) Bu olgu sunumunda da olduğu gibi aile hekimliği pratiğinde hastaya bütüncül bir biçimde yaklaşılmalı, hasta tüm yönleri ile değerlendirilmelidir. Mevcut hastalığın tanı, tedavi ve takip evrelerinde biyolojik-psikolojik-sosyal faktörlerin ele alınması sağlıklı hasta hekim ilişkisi ve kaliteli sağlık hizmetleri için önemlidir.

Sonuç olarak, hipertansiyon tanısı ile birlikte hipokalemi ve metabolik alkaloz saptanan hastalarda primer hiperaldosteronizm tanısı göz ardı edilmemelidir.

### Kaynaklar

1. Weiner ID. Endocrine and hypertensive disorders of potassium regulation: primary aldosteronism. *Semin Nephrol.* 2013 May;33(3):265-76. doi: 10.1016/j.semnephrol.2013.04.007. PMID: 23953804; PMCID: PMC3748390.
2. CONN JW. Presidential address. I. Painting background. II. Primary aldosteronism, a new clinical syndrome. *J Lab Clin Med.* 1955 Jan;45(1):3-17. PMID: 13233623.
3. Weiner ID. Endocrine and hypertensive disorders of potassium regulation: primary aldosteronism. *Semin Nephrol.* 2013 May;33(3):265-76. doi: 10.1016/j.semnephrol.2013.04.007. PMID: 23953804; PMCID: PMC3748390.
4. TEMD Obezite, Lipit Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019
5. Mulatero P, Bertello C, Verhovez A, Rossato D, Giraudo G, Mengozzi G, Limerutti G, Avenatti E, Tizzani D, Veglio F. Differential diagnosis of primary aldosteronism subtypes. *Curr Hypertens Rep.* 2009 Jun;11(3):217-23. doi: 10.1007/s11906-009-0038-1. PMID: 19442332.
6. Catena C, Colussi G, Nadalini E, Chiuch A, Baroselli S, Lapenna R, Sechi LA. Cardiovascular outcomes in patients with primary aldosteronism after treatment. *Arch Intern Med.* 2008 Jan 14;168(1):80-5. doi: 10.1001/archinternmed.2007.33. PMID: 18195199.
7. Ateş E, Set T, Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(2):93-5

### Abstract

Primary hyperaldosteronism is one of the common causes of secondary hypertension, and it is very important to diagnose and treat it medically or surgically. In this article, a case of primary hyperaldosteronism, who has been diagnosed with hypertension for 15 years, has high blood pressure follow-up despite medical treatment and metabolic alkalosis and hypokalemia were found in laboratory tests, is described.