Hipertenzija belog mantila

White coat hypertension

Marko Tanić¹, Andreja Todorović¹, Ivana Mitrović²Marko Tanic¹, Andreja Todorovic¹, Ivana Mitrovic²

1. Opšta bolnica, Čuprija

1. General Hospital, Cuprija, Serbia

2. Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu, Niš

2. Medical Faculty, University Nis, Nis, Serbia

PRIMLJEN 19.03.2014.

RECEIVED 19.03.2014.

PRIHVAČEN 16.06.2014.

ACCEPTED 16.06.2014.

ABSTRAKT

Hipertenzija belog mantila (HBM) (engl. „White Coat Hypertension-WCH“) podrazumeva tranzitorni porast krvnog pritiska, kako u dece tako i odraslih, koji se manifestuje samo u prisustvu lekara. Bolest predominantno postoji kod dece, dok je kod odraslih znatno ređa. Smatra se da čak 20% dece sa hipertenzijom ima HBM. HBM je nedovoljno poznate etiologije. Etiološki su bitni nasleđe, psihogeni stres, tip ličnosti. Bolest je obično blagog kliničkog toka. Bolest ima tendenciju da evoluiru u ustaljenu hipertenziju. Komplikacije bolesti mogu biti u vidu oštećenja ciljanih organa, akutnog koronarnog sindroma i akutnog cerebrovaskularog insulta. Dijagnoza se postavlja 24/h monitoringom krvnog pritiska u ambulantnim uslovima. Terapija lekovima obično nije potrebna jer se umesto toga savetuje praćenje u dužem periodu radi blagovremene dijagnoze trajne arterijske hipertenzije koja treba aktivno da se leči.

Ključne reči: hipertenzija belog mantila; stresni poremećaj; metabolički sindrom.

ABSTRACT

„White coat“ hypertension is a transitory increase of the blood pressure in children and adults that is manifested in the presence of the medical doctor. The disorder is predominantly manifested in children whereas in adults appears to be significantly rare. It is considered that 20% of hypertension cases in children have white coat hypertension. The exact cause of white coat hypertension has remained established. Possible etiological factors are the following: heredity, psychological stress, type of a personality. The disorder is of usually mild clinical manifestations. The disorder has a tendency to evolve into sustained hypertension. The complications of the disorder can be presented as “target organ damage”. Gold standard for diagnosis is 24/h ambulatory blood pressure monitoring. Drug therapy is usually unnecessary because, instead, the monitoring is advised over a longer period for timely diagnosis of persistent hypertension, which should be actively treated.

Key words: white coat hypertension; stress, psychological; metabolic syndrome X.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Tanić Marko, Dragoša Ilića br.42, 35230 Čuprija, Tel: 062474 884 email: drtanic@hotmail.com

Tanic Marko, Dragoša Ilića No.42, 35230 Cuprija, Serbia, Phone: +381 062 474 884, email: drtanic@hotmail.com

Hipertenzija belog mantila (HBM) je stanje koje definiše povišenje arterijskog krvnog pritiska (HTA) iznad 140/90 mm Hg, merenog u bolničkim uslovima. Prevalenca ovog poremećaja u dece kreće se u opsegu od 10-20% svih slučajeva hipertenzije. Kod pacijenata sa HBM pronađene su više vrednosti HTA u ambulantnim uslovima od onih u kućnom okruženju. Iz toga proističe da se povišene vrednosti HTA javljaju samo u bolničkim uslovima, dok u kućnom ambijentu deca i odrasli nemaju visok krvni pritisak.¹

Mnogi pacijenti pokazuju izvestan stepen anksioznosti kada ulaze u lekarsku ordinaciju, što rezultira jednom vrstom odbrambene reakcije, tako da se iz tih razloga javljaju vrednosti krvnog pritiska iznad normalnih kod ovih pacijenata. Ova pojava se u savremenoj literaturi definiše kao "White coat effect" (WCE), koji treba diferencirati od HBM, jer predstavlja odvojeni entitet. U prilog ovome govore podaci, dobijeni putem studija sekvencijalnog dizajna, koji ukazuju na to da se WCE javlja pri prvoj poseti lekaru. Tada se merenjem krvnog pritiska mogu naći povišene vrednosti. Ukoliko se situacija nadalje ne ponavlja, reč je o „White Coat Effect“-u (WCE).¹ Zanimljivo je da se pri trećoj poseti lekaru, pored povišenih vrednosti HTA, mogu očekivati i vrednosti koje ukazuju na pad HTA u vrednosti od 15/7 mm Hg za sistolnu i dijastolnu komponentu TA. Najtačnije podatke o vrednosti krvnog pritiska očekujemo tek pri merenju TA za vreme šeste posete lekaru. Ukoliko se hipertenzije prolongira posle šeste posete lekaru, reč je o HBM.² Savremena medicina smatra da je upotreba 24-ro časovnog ambulatornog praćenja krvnog pritiska krucijalna kao dijagnostički postupak kod dece i ljudi kod kojih postoji sumnja na HBM. Zapravo, ona je zlatni standard u dijagnozi ovog poremećaja jer omogućava kontinuirano praćenje vrednosti TA, što nama daje bolji uvid u kretanje vrednosti krvnog pritiska tokom 24 sata.

Aktivnošću kore velikog mozga i limbičkog sistema dolazi do stvaranja hormonskih stimulusa koji deluju na hipotalamus. Hipotalamus tada deluje tako što aktivira koru nadbubrega koja luči adrenalin. Kada se oslobodio adrenalin, telo biva izloženo njegovom dejstvu. Ono se ogleda u „Fight-or-Flight response“.³ Jedna od posledica je stimulacija kardiovaskularnog sistema. Dodatno, HBM je problem prevashodno dečjeg doba, tako da se roditeljima i detetovoj okolini mora predložiti činjenica da deca koja boluju od HBM imaju nešto niže kognitivne sposobnosti, slabiju memoriju, usporeniji proces mišljenja. Takođe, ova deca su često anksioznija, nemirna, i mogu delovati nezainteresovano u školi i kući. Varijabilnost srčane frekvence se često nalazi kao pratilac kardioloških i nekardioloških poremećaja, ali se može smatrati prediktorom kasnije trajne hipertenzije.³

Oko 85 % pacijenata sa HBM postoje neki aspekti metaboličkog sindroma. Istraživanja su pokazala da dislipidemija postoji u većem procentu kod pacijenata sa HBM, nego u hipertoničara ili normotoničara (oko 40%). Stoga se smatra da su HBM i dislipidemija dva rana znaka metaboličkog sindroma.⁴ Metabolički sindrom se karakteriše blagim inflamatornim procesom, koji može da počne još u detinjstvu. Nađeno je da prekomerna težina pogoduje pojavi hroničnog inflamatornog procesa na krvnim sudovima, što dovodi do njihovih mikrolezije. One su ciljno mesto za akumulaciju adipoznih komponenti, ali vrlo često su i dobra podloga za fibrozni proces. Inače, metabolički sindrom obuhvata spektar poremećaja kao što su: arterijska hipertenzija, intoleranciju glukoze ili hiperglikemiju, hipertrigliceridemiju, dislipidemiju, prekomernu TT telesnu težinu i druge manifestacije. U kombinaciji sa drugim kardiovaskularnim faktorima rizika da dovedu do pojave ireverzibilnih procesa poputa dijabetes melitusa tip 2, koronarne bolesti, periferne arterijske okluzije i cerebrovaskularnog insulta.⁵ Metabolički sindrom stvara uslove za čitav niz promena u fiziološkim procesima kao što su oštećenje endotelne funkcije, koagulacionih mehanizama i drugo.⁶

Mnogi pacijenti sa HBM u daljoj evoluciji bolesti razvijaju ustaljenu hipertenziju. U jednoj studiji kod 1412 pacijenata čak 16,1% su imali HBM već na prvom ispitivanju. U narednih 10 godina, zabeležen je porast od čak 42,6 % pacijenata sa HBM koji su razvili ustaljenu HTA.⁷ U poslednje vreme mnogo se polemizalo o tome da li izolovana HBM povećava rizik za pojavu kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih komplikacija a mišljenja su podeljena. Pojedine patohistološke studije na koronarnim arterijama su pokazala morfološku izmenjenost (aterosklerotične promene) pre svega tunicae intimae, kod osoba sa HBM.⁸ Skorašnje studije su pokazale da je reverzna HBM važan prediktor u razvoju hipertrofije leve komore.⁹ Bolesnici sa drugim stadijumom arterijske hipertenzije imaju značajno češću pojavu cerebrovaskularnih događaja nego osobe sa nižim krvnim pritiskom a veruje se da bi osnov naglog poremećaja cerebralne cirkulacije mogao biti posledica dejstva pulsog talasa, koji se prenosi duž arterijskih krvnih sudova.¹⁰

Postoji saglasje da HBM ne treba lečiti medikamentima, bar u početnoj fazi. Potrebno je da se poremećaj prati tokom vremena i da se lekovi uvode samo koliko se javi ustaljena hipertenzija, ili ukoliko dođe do pojave kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih komplikacija.¹¹ Ukoliko se jave znaci koji upućuju na napredovanje ka esencijalnoj hipertenziji, terapija je individualna, shodno preporukama za lečenje hipertenzije, uopšte. Neke studije sugerišu da je primena inhibitora angiotenzin konvertujućeg enzima i blokatora kalcijumovih kanala mogla da budu dobar prvi izbor kod većine ovih bolesnika.

LITERATURA

1. Verdecchia P, Staessen JA, White WB, Imai Y, O'Brien ET. Properly defining white coat hypertension. *Eur Heart J* 2002; 23: 106-9.
2. Debbie C, Townsend R. How significant is white coat hypertension? *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2010; 12: 625-6.
3. Lantelme P, Milon H, Gharib C, Gayet C, Fortrat JO. White coat effect and reactivity to stress: cardiovascular and autonomic nervous system responses. *Hypertension* 1998; 31: 1021-9.
4. Helvacı MR, Kaya H, Gundogdu M. White coat hypertension may be an initial sign of the metabolic syndrome. *Acta Med Indones* 2012; 44: 222-7.
5. Pierdomenico SD, Bucci A, Lapenna D, et al. Circulating homocysteine levels in sustained and white coat hypertension. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 165-70.
6. Giansante C, Fiotti N. Insights into human hypertension: the role of endothelial dysfunction. *J Hum Hypertens* 2006; 20: 725-6.
7. Mancia G, Bombelli M, Corrao G, et al. Metabolic syndrome in the Pressioni Arteriose Monitorate E Loro Associazioni (PAMELA) study: daily life blood pressure, cardiac damage, and prognosis. *Hypertension* 2007; 49: 40-7.
8. Palatini P, Mormino P, Santonastaso M, Mos L, Dal Follo M, Zanata G, Pessina AC. Target-organ damage in stage I hypertensive subjects with white coat and sustained hypertension: results from the HARVEST study. *Hypertension* 1998; 31: 57-63.
9. Tomiyama M, Horio T, Kamide K, et al. Reverse white-coat effect as an independent risk for left ventricular concentric hypertrophy in patients with treated essential hypertension. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 212-9.
10. Ohkubo T, Asayama K, Kikuya M, et al. Prediction of ischaemic and haemorrhagic stroke by self-measured blood pressure at home: the Ohasama study. *Blood Press Monit* 2004; 9: 315-20.
11. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004; 114(2 Suppl 4th Report): 555-76.