

## KARDIOLOGIA

Iwona Kazimierska

## Co warto wiedzieć o NT u młodych kobiet

Decyzja o rozpoczęciu leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego (NT) u młodych kobiet powinna być podjęta bardzo rozważnie. Wybór leku musi uwzględniać plany prokreacyjne pacjentki, ale trzeba również pamiętać, że wiele ciąż jest nieplanowanych. Należy zatem unikać stosowania leków potencjalnie teratogennych.

– *Przyzwyczajaliśmy się do tego, że samoistne NT nie wywołuje objawów, dlatego najczęściej jest rozpoznawane zupełnie przypadkowo. U młodych kobiet NT od początku jest objawowe, co podkreśla się obecnie w piśmiennictwie. Objawy są mocno nieswoiste i z tego powodu często nie kojarzymy ich z NT* – mówi prof. dr hab. n. med. Krystyna Widecka, kierownik Kliniki Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultant wojewódzki w dziedzinie hipertensjologii.

Są to przede wszystkim objawy wazomotoryczne – okołomiesiadczkowe bóle głowy, bóle w klatce piersiowej pojawiające się w stresie, kołatanie serca, okresowe obrzęki kostek i dłoni, obrzęki wokół oczu, uczucie zmęczenia, brak energii, zaburzenia snu. Wykazano, że te objawy ustępują, kiedy ciśnienie jest dobrze kontrolowane za pomocą leków hipotensyjnych.

– *W związku z tym pojawiają się postulaty, że być może u młodych kobiet należałoby obniżyć granicę rozpoznawania NT ze 140/90 mm Hg do 130/80 mm Hg, a nawet niżej. U młodych osób z wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym częściej niż w starszych populacjach występują bowiem subkliniczne powikłania narządowe* – dodaje ekspertka.

### Doustna antykoncepcja może podwyższać ciśnienie

Profesor Krystyna Widecka zwraca uwagę na związek NT ze stosowaniem doustnych środków antykoncepcyjnych. Dlaczego antykoncepcja doustna zwiększa ryzyko NT? Mechanizm nie jest dokładnie znany, ale wiadomo, że jej stosowanie prowadzi do uszkodzenia śródbłonna, zwiększonej aktywności układu renina–angiotensyna–aldosteron (RAA) i większej insulinooporności.

– *Jeżeli trafia do mnie młoda kobieta, która ma ciśnienie skurczowe 160–170 mm Hg, a nierzadko nawet wyższe, zawsze pytam, czy stosuje doustne środki antykoncepcyjne, bo one uniemożliwiają rzetelną diagnostykę w kierunku wtórnego NT. Pacjentka musi odstawić pigułki na co najmniej 3 miesiące i dopiero po tym czasie zlecam jej wykonanie badań hormonalnych. Najczęściej ta przerwa powoduje zdecydowane obniżenie ciśnienia tętniczego, a nawet jego powrót do normy. To dowód, że długo stosowane*

*doustne środki antykoncepcyjne rzeczywiście podwyższają ciśnienie. Oczywiście nie u każdej kobiety, ale u wielu tak* – mówi prof. Krystyna Widecka.

Rozwojowi samoistnego NT sprzyja również zespół policystycznych jajników (*polycystic ovary syndrome* – PCOS). Predysponowane są również kobiety, które miały nadciśnienie indukowane ciążą. – *Dwa razy częściej w późniejszym czasie rozwija się u nich NT samoistne, a cztery razy częściej, jeśli doświadczyły stanu przedzrutowego. Z tego powodu każda kobieta, która miała takie sytuacje w trakcie ciąży, powinna być skrupulatnie monitorowana po jej zakończeniu* – przypomina prof. Krystyna Widecka.

### Jakie są przyczyny NT wtórnego?

W młodszym wieku NT wtórne jest istotnie częstsze niż u osób 40–50-letnich i starszych.

– *U pacjentki ze świeżo rozpoznany NT, niezależnie od wartości ciśnienia, przeprowadzam podstawową diagnostykę w kierunku nadciśnienia wtórnego. Szukając jego przyczyn, myślę przede wszystkim o zwężeniu tętnicy nerkowej, czyli o dysplazji włókniasto-mięśniowej. Aby ją wykryć, wystarczy badanie USG dopplerowskie. Jeżeli jest taka potrzeba, zlecam wykonanie angio-CT* – mówi prof. Krystyna Widecka.

Kolejną przyczyną wtórnego NT to hiperaldosteronizm spowodowany guzkiem nadnercza lub przerostem nadnerczy. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi oznaczenie wskaźnika aldosteronowo-reninowego (ARR) należy do badań uzupełniających i powinno być przeprowadzone u wszystkich młodych kobiet ze świeżo rozpoznany NT.

Rzadsze przyczyny nadciśnienia wtórnego to zespół Turnera, choroby tarczycy, guz chromochłonny czy koarktacja aorty.

### Estrogeny jak parasol ochronny

Co różni kobiety i mężczyzn, jeśli chodzi o zachorowanie na NT? Po pierwsze epidemiologia – kobiety chorują później. Po drugie patofizjologia – estrogeny chronią kobiety przed NT, póki są obecne w ich organizmach. Estrogeny zmniejszają aktywność współczulną zarówno poprzez wpływ na układ ośrodkowy, jak i obwodowy. Zmniejszenie aktywności układu współczulnego i wzrost aktywności układu parasympatycznego powoduje spadek ciśnienia

tętniczego. Przykładem braku ochronnego wpływu estrogenów są pacjentki z PCOS, u których często rozwija się NT.

Podobnie dzieje się u kobiet otyłych. Wzrost masy ciała powoduje zmianę stosunku estrogenów do androgenów i prowadzi do zmian w aktywności obwodowego układu współczulnego – wzrostu wydzielania reniny, stężenia angiotensyny, wazokonstrykcji, a także uszkodzenia śródbłonna, chociażby poprzez spadek stężenia tlenu azotu.

U kobiet częściej występuje sodowrażliwość, co oznacza, że są wrażliwe na zawartość soli w diecie. Kobiety mają zwiększoną aktywność endoteliny 1. Zdaniem niektórych autorów stężenie endoteliny 1 jest podwyższone już na wczesnym etapie NT u osób, u których nie wystąpiły jeszcze powikłania w postaci zmian narządowych. Jeżeli chodzi o inne różnice, np. subkliniczne uszkodzenia narządowe, to u kobiet później dochodzi do przerostu mięśnia sercowego, natomiast dużo częstsza jest niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową.

– *Kobiety do menopauzy mają mniejsze od mężczyzn ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych dzięki wspomnianemu wcześniej ochronnemu działaniu estrogenów. Gorzej natomiast odpowiadają na interwencję terapeutyczną, ponieważ kobiety, zwłaszcza młode, częściej mają napadowe wyższe ciśnienia, czyli niestabilne ciśnienie utrudniające farmakoterapię* – wyjaśnia prof. Krystyna Widecka.

### Uwaga na leki teratogenne!

– *Leczenie farmakologiczne w populacji młodych kobiet ma charakter wyłącznie doświadczalny. Brakuje wytycznych zgodnych z zasadami EBM, ponieważ młode kobiety nie uczestniczą w wieloośrodkowych badaniach klinicznych i w związku z tym nie mamy długoterminowych obserwacji* – mówi ekspertka.

Które leki hipotensyjne wybrać dla młodej kobiety z NT?

– *U młodych osób z NT dominują wazokonstrykcja, wzrost oporu obwodowego, przebudowa naczyń i przede wszystkim aktywacja układu współczulnego oraz układu RAA, a zatem wyższa aktywność reninowa osocza. Z tych powodów najodpowiedniejszymi lekami dla młodych pacjentów są inhibitory konwertazy angiotensyny (angiotensin-converting-enzyme inhibitors – ACEI) i sartany (angiotensin receptor blockers – ARB). Leki z tych grup, mimo oczywistych zalet, nie są jednak preferowane u kobiet w wieku rozrodczym ze względu na potencjalne działanie teratogenne* – tłumaczy prof. Krystyna Widecka.



Fot. Termedia

„ prof. Krystyna Widecka: *U pacjentki ze świeżo rozpoznany NT, niezależnie od wartości ciśnienia, przeprowadzam podstawową diagnostykę w kierunku nadciśnienia wtórnego*

Ekspertka dodaje, że wprowadzie ACEI i ARB nie są bezwzględnie przeciwwskazane u kobiet w wieku rozrodczym (u kobiet w ciąży oczywiście tak), ale należy pamiętać, że wiele ciąż nie jest planowanych, dlatego zalecane jest ich unikanie.

– *Zwiększona częstość pracy serca (HR) jest czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego, a więc jeżeli mam pacjentkę w wieku rozrodczym z HR powyżej 80 uderzeń/min, wybieram dla niej β-adrenolityk. Jeżeli częstość rytmu wynosi poniżej 80 uderzeń/min, zastanawiam się, czy odpowiedniejszy będzie β-adrenolityk czy bloker kanału wapniowego. Jeżeli niezbędne jest zastosowanie dwóch leków hipotensyjnych, stosuję β-adrenolityk z antagonistą wapnia. W sytuacji gdy muszę dołączyć trzeci lek, zastanawiając się, czy nie przeoczyłam nadciśnienia wtórnego, sięgam po diuretyk* – mówi prof. Krystyna Widecka. – *Takie postępowanie jest zgodne z polskimi wytycznymi, które mówią, że u kobiet w wieku rozrodczym należy zastosować β-adrenolityk lub antagonistę wapnia (preferowane pochodne dihydropirydynowe). U kobiet planujących ciążę należy rozważyć β-adrenolityk, którego nie trzeba będzie zmieniać w czasie ciąży, np. metoprolol* – dodaje.

Profesor Krystyna Widecka podkreśla, że dobrze kontrolowane NT nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do doustnej antykoncepcji. W trakcie jej stosowania należy dokonywać kontrolnych pomiarów ciśnienia podczas każdej wizyty gabinetowej, a także zalecać pomiary domowe. Jeżeli ciśnienie tętnicze wzrośnie, należy zmienić rodzaj antykoncepcji. Najmniej niekorzystny wpływ na ciśnienie mają preparaty zawierające jedynie progestagen. ■

Tekst powstał na podstawie wykładu wygłoszonego podczas XVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Gdańsk, 24–26 czerwca 2021 r.