

Impactul distiroiziilor în controlul terapeutic al hipertensiunii arteriale esențiale

Disthyroiditis impact in therapeutic control of essential arterial hypertension

MARIA GABRIELA MAIDANIUC², ADORATA ELENA COMAN, G.C. MURARIU¹, L. TRAIAN², RODICA PETROVANU

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa”, Iași

²Ambulatoriul Spitalului „Sfântul Spiridon”, Iași

³Medic MF, Reziendenți MF, Iași

ABSTRACT

High values of blood pressure in spite of optimal treatment could have many explanations: lifestyle deviations, incomplete medical treatment, drugs interactions or associated pathologies.

Material and method: Clinical case is presented to determine the expression of intricate increases tense; first cardiovascular risk factors that classified essential component and second emergence of diseases associated (endocrinopathy) determining secondary hypertension. Case analysis presents polymorphic symptoms. Clinical and Para clinical exams showed a hyperkinetic syndrome with a thyroid showing an increase in volume of the gland which has been shown to be of autoimmune etiology. Concomitantly, allergic phenomena appeared. Final diagnosis is: Acute urticaria, Hyperlipoproteinemia, Hypertension grade II, stage II, medium risk, Autoimmune thyroid.

Conclusions: The intricate pathology raises many differential diagnostic problems. Blood pressure imbalance can have many causes that should not be ignored, such as the appearance of a disthyroidies.

Key words: autoimmune, disthyroidies, arterial hypertension.

CAZ CLINIC

D.M., 59 ani, sex feminin, din mediul rural se adresează serviciului de Medicină Internă și Alergologie al Ambulatorului Spitalului Sf. Spiridon prezentând o erupție cutanată eritemo-papuloasă, pruriginoasă, fugace, dispnee nocturnă, palpitații, durere toracică de tip anginos, cefalee occipitală, acufene, agitație, tremor al extremităților,

instabilitate emoțională, transpirații și tuse productivă cu expectorație dificilă.

Din antecedentele personale fiziologice reiese că pacienta a avut patru sarcini din care două nașteri și două avorturi spontane, și că menopauza s-a instalat de la vârsta de 49 de ani. În anul 1983, în cursul unui avort spontan pacienta a prezentat o stare septicemică iar din anul 2001 a fost diagnosticată cu hipertensiune arterială

Adresă de corespondență:

Maria Gabriela Maidaniuc, Spitalul „Sfântul Spiridon”, Bd. Independenței, Nr. 1, Iași

esențială cu valoarea maximă a tensiunii arteriale 180\110 mmHg.

Din antecedentele heredo-colaterale reținem faptul că pacienta are o sora care a suferit o intervenție chirurgicală tiroidiană fără a putea preciza cauza și care de altfel este și ea hipertensivă.

În prezent pacienta este pensionară, fostă asistentă medicală, neagă consumul de tutun, alcool sau cafea și are ca medicație anti-hipertensivă Enalaprilum de 10mg, un comprimat pe zi și betaxololum de 20 mg o jumătate de comprimat la două zile.

ISTORICUL BOLII

Pacientă cunoscută cu hipertensiune arterială din anul 2001, în tratament cu Enalaprilum 10 mg, 1 cpr. pe zi și Betaxololum 20mg, 1/2 cpr. la 2 zile se internează acuzând apariția unei erupții cutanate eritemo-papuloase pruriginoase, dispnee nocturna, palpitații, durere toracică cu caracter anginos, cefalee occipitală, agitație, acufene, tremur al extremităților, transpirații și instabilitate emoțională, survenite pe fondul unui stres major.

Explorări paraclinice

Tabel 1. Tabloul biochimic al pacientului

<ul style="list-style-type: none"> • BIOCHIMIE: • Colesterol: 281 mg/dl • HDL-C: 31 mg/dl • LDL-C: 189 mg/dl • TGO: 41 U/L • TGP: 46 U/L • Uree: 22 mg/dl • Creatinină: 0,87 mg/dl • Glicemie: 119 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • HEMATOLOGIE: • GA: 6490\mm³ • GR: 4.920.000\mm³ • Hb: 14,1 mg/dl • Ht: 43,1 % • Ly: 33,1% • Mo:6,2% • N: 59,7% • B: 0,2%
<ul style="list-style-type: none"> • SUMAR DE URINĂ: densitate = 1010, proteine, glucoză-absente; Sediment: foarte rare leucocite 	<ul style="list-style-type: none"> • EXSUDAT FARINGIAN: absent streptococ beta hemolitic, floră faringiană normală.
Examen fund de ochi: angiopatie hipertensiva stadiul I	

Din examenul obiectiv remarcăm următoarele elemente patologice: stare generală influențată, T-148cm; G-71kg, stare de nutriție: IMC = 32,41kg\m², obezitate grad II, erupție eritemo-papuloasă, tegumente umede, fine, fanere normal implantate, friabile, țesut conjunctivo-adipos bine reprezentat, adipozitate abdominală, cifoasă cervicală, TA=160\100mmHg, FC=110\min, zgomote cardiace aritmice, 5 extrasistole pe minut, manevra Giordano pozitivă pe partea

dreaptă, polakiurie, tremur al extremităților, tiroida mărită de volum, fără a depăși marginea internă a mușchiului sternocleidomastoidian, instabilitate emoțională.

În baza anamnezei și a examenului clinic obiectiv am formulat următoarele diagnostice prezumptive: Alergie alimentară cutanată, Hipertensiune arterială, Hipertiroidie, Obezitate abdominală grad II, Infecție urinară

Examen endocrinologic

Ecografie tiroidiana: în lob tiroidian drept zonă hipoecogenă de aprox. 0,3\0,5\0,3 cm; în lob tiroidian stâng 2 mici formațiuni nodulare hipoecogene de aprox. 0,4\0,4\0,4 cm și respectiv 0,3\0,4\0,3 cm

Dozări hormonale:

- TSH = 2,2 micromoli\ml
- AAT-TPO = 70,8 UI\ml (V.N.< 20 UI\ml)
- AAT-Tg = 17,2 UI\ml (V.N. <4UI\ml)

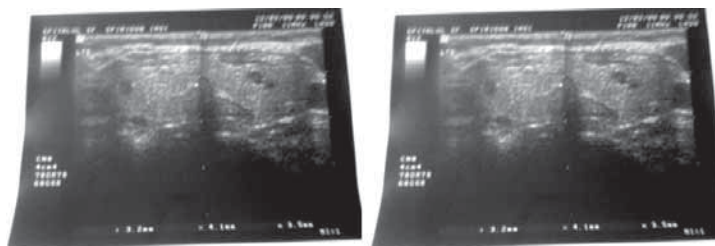


Figura 1. Imaginea ecografică a tiroidei (lob stang, lob drept)

Electrocardiogramă

Ritm sinusal 85\minut, axa complexului QRS= +15 grade, extrasistole supraventriculare cuplate, cu semne de suprasolicitare a ventriculului stâng.

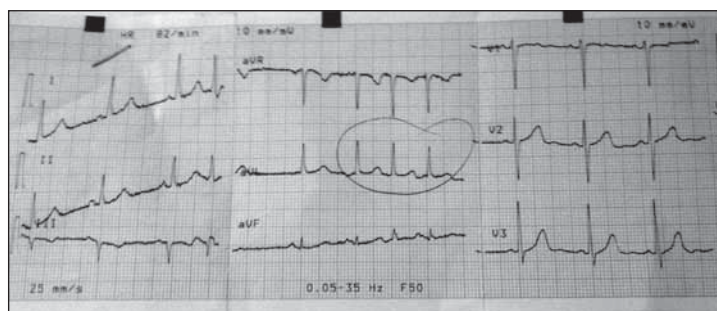


Figura 2. Traseul electrocardiografic

Radiografia toracică

Desen hilar moderat accentuat bilateral. Calcificări hilare bilateral mai evident pe stânga și în câmpul pulmonar inferior drept. Scizurită orizontală dreaptă. Cord etalat pe diafragm, buton aortic proeminent.

Echografia abdominală

Ficat cu hiperreflectivitate intensă, structură omogenă. VP în hil = 12mm. Colecist voluminos, abundent sediment decliv, fără calculi. CBIH nedilate. Rinichi drept: pelon larg, la nivelul grupului caliceal mijlociu mici structuri hiperechogene. Rinichi stâng: pelon larg. Pancreas: DAP = 21mm. Splina normală.

În urma investigațiilor paraclinice, coroborate cu anamneza și examenul clinic obiectiv s-au emis următoarele diagnostice finale:

1. Alergie alimentară cu manifestare cutanată
2. Hipertensiune arterială esențială gradul II stadiul II cu risc înalt
3. Hiperlipoproteinemie mixta
4. Scăderea toleranței la glucoză a jeun
5. Tiroidită autoimună –puseu de hipertiroidie
6. Spondiloză cervicală
7. Colecistită cronică alitiatică
8. Microlitiază renală

Diagnosticul diferențial pune în discuție manifestările principale prezentate de către pacientă la adresare:

1. Dispneea: Afecțiuni pulmonare: bronșită, traheobronșită, pneumonie, astm bronșic, tuberculoză și insuficiența cardiacă. Excluse prin anamneză, radiografie toracică și examen pentru bacil Koch negativ.
2. Eruptia cutanată:
 - Dermatită de contact
 - Alergie non-alimentară: medicamentoasă, toxică
 - Boli infecțioase eruptive: rubeolă, varicelă
 - Boli de sistem.

Excluse prin anamneză din care reiese că erupția pacientei a apărut după consumul de carne de pește.

3. Instabilitatea emoțională, agitația, acufenele și tremurul, apărute în contextul unui stres major ar fi putut fi încadrate în contextul unui sindrom depresiv-anxios, care a fost însă infirmat de consultul psihiatric.

Pe parcursul internării pacienta a urmat tratament cu: Levocetirizină 1 cpr./zi, Clorfeniramină 1cpr./zi, Enalaprilum 10 mg/zi și Betaxololum 20 mg ½ cpr./zi

DISCUȚII

Dezechilibrul tensiunii arteriale și al frecvenței cardiace asociate cu o simptomatologie polymorfă, survenite pe fondul unui stres major ne-

au determinat să efectuăm investigații paraclinice suplimentare pentru descoperirea unui substrat lezional responsabil pentru aceste manifestări. În urma acestora s-a stabilit diagnosticul de tiroidită autoimună exprimat printr-un puseu de hipertiroidie.

Stresul, prin acțiunea sa la nivel hipotalamic favorizează creșterea concentrației factorului de eliberare a corticotropinei, care determină o hiperstimulare simpatică, responsabilă de o serie de modificări la nivelul sistemului cardiovascular, metabolic și imunitar: creșterea tensiunii arteriale, a frecvenței cardiace și glicemiei și depresia funcției imunitare. (1,5)

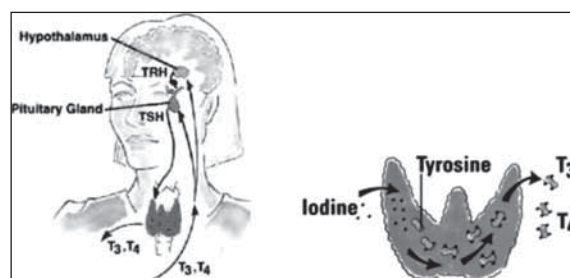


Figura 3. Secretia hormonală a tiroidei și reglarea acesteia la nivel central

Un istoric complet și un examen fizic ar trebui să fie efectuate de un medic, cu o atenție deosebită asupra greutateii și tensiunii arteriale, pulsului și ritmului, glandei tiroide (pentru a determina mărimea și eventualele formațiuni nodulare), reflexelor, ochilor (pentru detecția exoftalmiei sau oftalmopatiilor), modificărilor tegumentare și a ganglionilor limfatici.

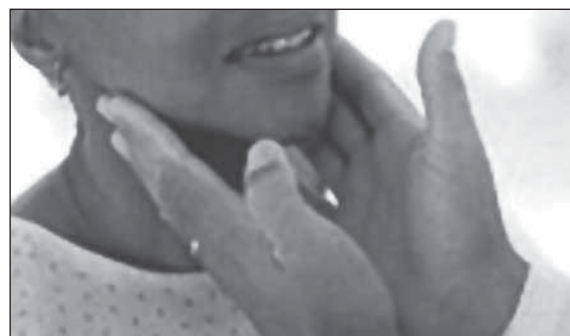


Figura 4. Examinarea fizică a tiroidei (palparea)

În plus față de examinare, sunt adesea efectuate teste de screening. Cele mai multe tipuri de hipertiroidie se datorează unei stimulări excesive cu identificarea unei concentrații crescute a TSH-ului în sânge, care reprezintă și cea mai sensibilă metodă de screening a hipertiroidismului. Alte teste includ: dozarea hormonilor tiroidieni, a anticorpilor anti-tiroidieni, radioiodocaptarea

sau scanarea tiroidei cu iod- 123 și/sau tehnetiū-99m.

Tabelul 2. Semne și simptome asociate cu hipertiroidie

- Nervozitate și iritabilitate;
- Creșterea frecvenței de repaus care cauzează palpitații;
- HTA
- Intoleranță la cald și transpirații;
- Tremor;
- Scăderea ponderală sau pierderea apetitului;
- Paralizii bruște;
- Mărirea de volum a tiroidei;
- Mixedem pretibial;
- Piele fină, păr și unghii subțiri, friabile;
- Tulburări menstruale;
- Diminuarea fertilității;
- Tulburări psihice;
- Tulburări de somn.

Influența hormonilor tiroidieni asupra sistemului cardiovascular constă în: modularea directă a rezistenței vasculare sistemice, reglarea tonusului vascular și a volumului sanguin și au o acțiune directă asupra miocitelor.(4)

În condiții normale T3 activează calea mediată de fosfatidilinozitol-3-kinaza determinând creșterea activității inhibitorului nitricoxid sintetazei endoteliale (NOSe), expresia acestei acțiuni fiind scăderea tensiunii arteriale.(2) Astfel, în tiroidita autoimună în stadiul de hipotiroidie se va pierde protecția cardiovasculară ofe-

rită de conversia periferică a T4 în T3. (7) Pe de altă parte creșterea tirootropinei cu 1 mUI/L determină o creștere a tensiunii arteriale sistolice cu 1,8 mmHg și a tensiunii arteriale diastolice cu 1,1 mmHg, astfel încât în momentul în care se instalează stadiul de hipotiroidie, hipertensiunea arterială va prezenta un caracter dual: esențial și secundar. (6)

CONCLUZII

1. Alergia alimentară la o pacientă fără atopie cunoscută a fost motivul adresării către Clinica de Alergologie, momentul consultului descoperind dezechilibrul tensional și simptomatologia evocatoare pentru hipertiroidie.
2. Manifestările au survenit în cadrul unei patologii autoimune pe un fond de risc cardiovascular preexistent: dislipidemie, obezitate, sedentarism și scăderea toleranței la glucoză a jeun.
3. Prevenția cardiopatiei ischemice în cazul de față se adresează atât factorilor de risc ai cardiopatiei ischemice cunoscuți și totodată prezenți, cât mai ales a afecțiunii tiroidiene care după cum s-a putut observa a reușit să destabilizeze funcția cardiacă.
4. Acesta ar fi motivul pentru care pacienta ar trebui urmărită multidisciplinar pentru ca afecțiunile să nu se agraveze reciproc.

BIBLIOGRAFIE

1. **Protopop SV.**, Interacțiunile hormonilor tiroidieni – tensiune arterială la pacienții cu tiroidită autoimună, *Arta Medica*, nr. 1, 2008, Chișinău.
2. **Criste V., Crisan M., Costin N., Olinescu A.**, Tiroidita Autoimuna in Imunologie clinica – Casa Cărții de Știință, 2002.
3. **Ojamaa K, Klempere JD, Klein I** Acute effects of thyroid hormone on vascular smooth muscle. *Thyroid* 6:505–512, 1996.
4. **Saito I, Ito K, Saruta T**, Hypothyroidism as a cause of hypertension. *Hypertension* 5:112–115, 1983.
5. **Klein I**, Thyroid hormone and the cardiovascular, *Am J Med* 88:631–637, 1990.
6. **Iqbal A, Figenschau Y, Jorde R**, Blood pressure in relation to serum thyrotropin: the Tromso study. *J Hum Hypertens* 20:932–936, 2006.
7. **James Norman**, Thyroid Gland Function, Common Tests to Examine www.Endocrineweb.com, 2009.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro