

Neonatal Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımları ve Prenatal Risk Faktörleri

Nesrin Beşbaş

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi Ünitesi, Prof.Dr.

Yenidoğan döneminde normal kan basıncı değerlerinin bilinmesi, kan basıncının yüksek veya düşük olduğu durumlarda doğru yaklaşımı sağlamak açısından önemlidir. Sağlıklı yenidoğanlarda sistolik kan basıncı, yaşamın ilk altı haftasında hızlı bir yükseliş gösterir ve bu özellikle ilk beş günde daha belirgindir. Yaşamın ilk haftasında, sistolik kan basıncının 95. percentili, 95- 96 mmHg iken 2-6 haftalar arasında 104-113 mmHg' dir. Kan basıncında izlenen artışlar, doğum ağırlığı, gestosyonel ve postnatal yaş ile ilişkilidir.

Yenidoğanlarda hipertansiyonun insidansı %0.2 ile %2.6 arasında değişmekte ve sıklıkla renal (tromboz, parankimal hastalık, obstruktif uropati) veya kardiyovasküler (PDA, aort koarktasyonu) anormalliklerin varlığını göstermektedir. Bronkopulmoner displazili hastalarda da yüksek oranda (%43) hipertansiyon görülmektedir. Nadir görülen sebepler arasında ise yenidoğanda (örneğin steroidler) ve annede (örneğin kokain) ilaç kullanımı sayılabilir.

Intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı ile renal gelişim anormallikleri ve düşük nefron sayısı arasında ilişki vardır. Esansiyel hipertansiyonu başlatan esas olayın renal filtrasyon yüzey alanındaki düşüklük olduğu varsayılmaktadır. Renal filtrasyon yüzey alanındaki düşüklüğün sodyum retansiyonuna ve beraberinde artmış kan volümüne yol açması ise ortalama arteriyel kan basıncında artışa neden olmaktadır. Nefron sayısında düşüğe neden olan maternal faktör, endotelial hücre proliferasyonunu inhibe etmektedir. Deneysel ve klinik çalışmalar; ürik asitin endotelial disfonksiyon, düşük nefron sayısı ve hipertansiyon gelişiminde önemli bir mediatör olduğu üzerinde durmakta ise de diğer mediatörlerin katkısında gözardı edilemeyeceği belirtilmektedir. Annede 3. trimesterde saptanan yüksek ürik asit düzeyi plasentayı geçerek endotel disfonksiyonuna, bunda intrauterin gelişme geriliği ve nefron gelişiminde bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir.

Birçok hipertansif infant bir yaşın altında normatansif olmakta ve iki yaşından sonra çoğu bebeğin antihipertansif ihtiyacı olmaktadır. Klinik bulgu ve/veya organ tutulumu yoksa 99. percentilin altındaki kan basıncı değerlerinin ilaçla tedavisi önerilmemektedir. İlaç tedavisi başlanmadan önce bebeğin klinik durumu belirlenmeli ve inotropik ajanların infüzyonu, volüm yüklenmesi ve ağrı gibi düzeltilebilen ikincil nedenler ortadan kaldırılmalıdır. Bunu takiben klinik duruma özgül en uygun antihipertansif ajan seçilmelidir. Medikal tedavi gerekiyorsa seçim beş grup ilaç arasından yapılmalıdır: diüretikler, adrenerjik blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, angiotensin enzim inhibitörleri. Akut, şiddetli hipertansiyonu olan hastalarda sürekli intravenöz infüzyonlar en uygun yaklaşımdır. Kalsiyum kanal blokeri olan nikardipin intravenöz infüzyon şeklinde verildiğinde (0.5mg/kg/dk) kan basıncını %20 oranında azaltmaktadır. Oral antihipertansif ajanlar ise daha az şiddetli hipertansiyonu veya akut hipertansiyonu intravenöz infüzyon ile kontrol altına alınmış hastalarda kullanılır. Adrenerjik blokerler özellikle kronik akciğer hastalığı olanlarda kullanılmamalıdır. Böyle durumlarda diüretik kullanımının hem kan basıncı hem de pulmoner fonksiyon üzerine yararlı etkileri olmaktadır.

Yenidoğan döneminde hipertansiyon nadir görülmektedir. Bu yaş grubunda antihipertansif başlama endikasyonları hala tartışmalı ve tedavi yenidoğan dönemindeki değişken böbrek ve karaciğer fonksiyonları nedeniyle zordur.