

# Secundaire hypertensie

## Belangrijkste aanknopingspunten

W. A. VAN VEEN, HUISARTS TE AMSTERDAM

Een overzicht wordt gegeven van de voornaamste aanknopingspunten van de belangrijkste vormen van secundaire hypertensie, parenchymateuze nieraandoeningen, renovasculaire hypertensie, coarctatio aortae, phaeochromocytoma, syndroom van Cushing, acromegalie en syndroom van Conn.

In het concept van de deskundigenadviesgroep is het onderkennen van secundaire hypertensie niet gebaseerd op een routinematige uitgebreide diagnostiek bij alle personen met matig of ernstig verhoogde bloeddruk, maar op het sobere basis-onderzoek en het verdere beloop. Van belang is dat de bepaling van het kalium- en natriumgehalte in het serum plaatsvindt voordat een antihypertensieve behandeling wordt ingesteld.

Suggestief voor het bestaan van secundaire hypertensie in het algemeen is:

- hypertensie beneden de leeftijd van 30 jaar;
- de bloeddruk stijgt binnen korte tijd;
- therapieresistentie: de bloeddruk reageert niet op behandeling (differentiële diagnoses: excessief zoutgebruik, non-compliance).

Hieronder volgen voor de belangrijkste vormen van secundaire hypertensie – in afnemende frequentie – de voornaamste aanknopingspunten.

### Parenchymateuze nieraandoeningen

Deze worden vooral veroorzaakt door glomerulo- en pyelonephritis.

Anamnese: nierstenen, urineweginfecties.

Laboratoriumonderzoek: verhoogd serumcreatininegehalte, proteinurie, sedimentsafwijkingen (leukocyten, erythrocyten, cylinders), bacteriurie. Differentiële diagnose: nierfunctiestoornissen kunnen ook secundair zijn aan hypertensie.

### Renovasculaire hypertensie (stenosis a. renalis)

Suggestief hiervoor zijn:

- luide soufflé hoog in epigastrio en/of in de rug;
- hypertensie beneden de leeftijd van 40 jaar zonder coarctatio aortae;
- recent opgetreden hypertensie bij recent buiktrauma of lumbale pijncrisis;

- plotselinge bloeddrukstijging bij oudere patiënten met stabiele hypertensie.
- blanco familie-anamnese voor wat betreft hypertensie.

### Coarctatio aortae (isthmusstenose)

Komt vier tot vijfmaal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen en kan gepaard gaan met andere aangeboren of verworven hartaandoeningen. De anamnese is weinig specifiek. Suggestief is hypertensie beneden 30 jaar met een of meer van de volgende bevindingen:

Een bloeddrukverschil van ongeveer 30mm Hg bij meting aan de linker- en rechterarm.

De pulsaties van de aa. femorales zijn afwezig of sterk verminderd en vertraagd: bij gelijktijdige palpatie van de radialis- en femoralispols aan één zijde is er een fase-verschil.

Pulsaties op de rug te voelen met de vlakke hand.

Matig luide soufflé over bovendeel sternum en/of tussen de scapulae.

De bloeddruk, gemeten aan de benen, is verlaagd, terwijl de bloeddruk, gemeten aan de armen, tot zeer hoge waarden kunnen oplopen. Bij de bloeddrukmeting aan de benen bevindt de patiënt zich in buikligging, terwijl over de a. poplitea wordt geausculteerd. Met een luchtkamer van 18 tot 20 cm breedte is de systolische druk 10 à 40 mm Hg hoger dan aan de arm, gemeten met een normale manchet; de diastolische druk is echter in wezen even hoog. De lengte van de luchtkamer moet lang genoeg zijn om het bovenbeen geheel te omgeven; zo niet dan moet het midden van de luchtkamer zich ter plaatse van de a. poplitea bevinden.

Op de overzichtsfoto van de thorax: hypertrofie van de linker ventrikel, ontbrekende aortaknop, poststenotische dilatatie, drukusuren („notching”) van de ribben als gevolg van de collaterale circulatie.

### Phaeochromocytoma

Deze diagnose kan meestal primair anamnestic worden vermoed. De zogenaamde paroxysmale vorm geeft aanvalsegewijze bloeddrukstijgingen met klachten zoals: hoofdpijn, transpireren, hartkloppingen en beven. De paroxysmen duren vaak korter dan 15 minuten en worden gevolgd door een gevoel van zwakte en moeheid. Tussen de aanvallen is de bloeddruk normaal. Differentiële diagnoses: angstperiodes, opvliegingen, hypoglycemie, paroxysmale tachycardie en hyperventilatiesyndroom.

De permanente vorm is klinisch moeilijker te onderkennen. Suggestief is: hypertensie met tachycardie – vooral bij houdingsveranderingen – sterk zweten, koude extremiteiten en hoofdpijn, terwijl de bloeddruk niet, of soms paradoxaal, reageert op antihypertensieve behandeling.

### Syndroom van Cushing

Komt tweemaal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Van groot belang is de inspectie: adipositas van vooral het gelaat (moonface), de nek (buffalo hump) en de thorax, terwijl de extremiteiten relatief slank zijn; voorts roodheid van het gelaat, acne, hirsutisme en striae.

Anamnese: oligomenorrhoea of amenorrhoea, impotentie, moeheid, prikkelbaarheid en klachten als gevolg van osteoporose. Er bestaat vaak hypertensie met orthostatische hypotensie.

### Acromegalie

Dit beeld komt waarschijnlijk even vaak voor als het syndroom van Cushing als oorzaak van hypertensie.

### Syndroom van Conn (primair aldosteronisme)

Anamnese en onderzoek bieden vaak weinig aanknopingspunten. Soms komen voor: chronische spiermoeheid, concentratie-stoornissen, voorbijgaande parese, dorst en polyurie, zelden aanvallen van tetanie. Suggestief is verder: matig verhoogde bloeddruk met hypokaliëmie zonder gebruik van saluretica (soms zeer uitgesproken), lichte hypernatriëmie en een laag soortelijk gewicht van de urine, toename van de klachten en/of de hypokaliëmie na het gebruik van saluretica. Differentiële diagnose: secundair aldosteronisme.