

Jaký je cílový krevní tlak pro pacienty po transplantaci ledviny?

Tomáš Rohál'

Klinika nefrologie, Transplantcentrum, IKEM, Praha

Arteriální hypertenze je po transplantaci ledviny častá a její léčba je běžnou součástí péče o tyto pacienty. Dle retrospektivních dat je zřejmé, že léčba arteriální hypertenze snižuje riziko ztráty štěpu ledviny. Pro cílové hodnoty krevního tlaku u pacientů po transplantaci ledviny nejsou k dispozici randomizované kontrolované studie, nejčastěji jsou uváděny hodnoty krevního tlaku < 130/80 mm Hg. Obecně lze použít v terapii všechny skupiny antihypertenziv, u některých je potřeba zvážit načasování po transplantaci a možnou interakci s imunosupresivou.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, doporučení, KDIGO, transplantace ledviny.

What is the goal blood pressure in kidney transplant recipients?

Arterial hypertension is a frequent condition after kidney transplantation and its treatment is a common agenda of the follow-up care. Retrospective data show that treatment of arterial hypertension decreases the risk of kidney graft loss. While randomized controlled trials for target blood pressures in kidney transplant recipients are not available, < 130/80 mm Hg is the most frequently mentioned value. Generally, all classes of antihypertensive drugs can be used, but it is important to consider timing after transplantation and possible interactions with immunosuppressive drugs.

Key words: arterial hypertension, guidelines, KDIGO, kidney transplantation.

Arteriální hypertenze (AH) je s chronickým onemocněním ledvin (CKD) úzce spjata, její prevalence s progredujícím onemocněním ledvin stoupá (1) a léčba AH patří mezi základní aspekty péče o pacienty s CKD. Transplantace ledviny je pro většinu pacientů s chronickým selháním ledvin léčbou 1. volby. Úspěšnou transplantací ledviny se proti renálnímu selhání významně upravuje stav vnitřního prostředí pacienta a odstraní se některé faktory podílející se na AH pacientů s pokročilým CKD jako třeba hyperhydratace nebo erytropoézu stimuluující agens, která jsou v léčbě anémie u CKD běžná a mohou přispívat k AH. Do hry nicméně vstupují nové potenciální faktory, mezi nimi třeba anamnéza hypertenze u dárce, opožděný rozvoj funkce štěpu, případně chronická dysfunkce štěpu (2). K AH přispívají také některá imunosupresiva, zejména kalcineurinové inhibitory, které jsou nyní základem udržovací imunosuprese, byť takrolimus – nyní většinou používán – méně než cyklosporin A (3). Nežádáka pozorujeme po transplantaci vzestup tělesné hmotnosti a v neposlední řadě může být příčinou AH i stenóza tepny štěpu ledviny (2). AH je po transplantaci ledviny častá. Dle studie (4) bylo rok po transplantaci ledviny pouze 5 % normotenzních při ambulantní monitoraci krevního tlaku (TK) (< 130/80

mm Hg), i po transplantaci tedy AH zůstává problémem. Byť se v různých studiích zabývajících se AH definice pro AH u pacientů po transplantaci ledviny liší, prevalence se pohybuje ve vyšších desítkách procent (5).

Již poměrně starší větší retrospektivní studie od kolektivů Kasiskeho a Opelze. ukázaly, že zvýšený systolický a diastolický TK je spojen se zhoršováním renální funkce a ztrátou štěpu (6), vzestup systolického TK o každých 10 mm Hg je spojen s o 12 % vyšším rizikem ztráty štěpu (7) a také že pacienti, kteří dosáhli v čase lepší kompenzaci krevního tlaku ($z > 140$ mm Hg v jednom roce na ≤ 140 mm Hg po 3. roce), měli lepší přežívání štěpu a ve skupině pod 50 let i méně kardiovaskulárních úmrtí (8).

Léčba AH v obecné populaci snižuje její zejména kardiovaskulární negativní dopady a existuje celá řada doporučení pro cílové hodnoty TK u různých skupin pacientů s cílem dosažení co největšího benefitu. Tato doporučení vycházejí z již provedených studií – již na základě populací zahrnutých do daných studií potřebujeme rozlišovat míru možného zobecnění pro konkrétní skupinu pacientů, potažmo jednotlivého pacienta, kterého máme před sebou. V literatuře najdeme většinou