

Hypertenze v těhotenství

MUDr. Yvona Hřčková¹, MUDr. Hana Šarapatková²

¹I. interní klinika – kardiologická FN Olomouc

²Endokrinologická a interní ordinace, Olomouc

V našich ambulancích se sice nesetkáváme každý den s těhotnou hypertoničkou, nejčastěji se s tímto problémem setkává internista konziliář nebo kardiolog. Je však třeba počítat s tím, že i praktický lékař může tento problém ve své ambulanci řešit. Může se setkat s ženou ve fertilním věku, kterou bude léčit pro hypertenzi před otěhotněním a bude řešit jak a jakým přípravkem. Má-li či nemá-li antikoncepci, to bude jistě ovlivňovat volbu antihypertenziva.

Je třeba se ptát, co by měl praktický lékař o hypertenzi v těhotenství vědět? Domníváme se, že pro praktického lékaře je třeba si odpovědět na otázky: 1) Mám ženu s hypertenzí ve fertilním věku – jak ji budu léčit? 2) Přichází těhotná žena na antihypertenzivu je tento lék možný použít v těhotenství a jak budu dál s nemocnou postupovat? 3) Budu ji léčit sám či ji předám do specializovaného centra? 4) Pacientka s hypertenzí porodila a co dál?

Klíčová slova: arteriální hypertenze, těhotenství, porod, laktace, hypertenze v těhotenství, klasifikace, léčba.

Hypertension in pregnancy

A pregnant hypertensive woman is not encountered in our practice every day; indeed, this issue is most commonly faced by a consulting internist or a cardiologist. However, it has to be taken into account that even a general practitioner may face this problem in his or her practice. He or she may encounter a woman of reproductive age he or she will treat for hypertension prior to becoming pregnant and will need to determine how and what medication to use. The choice of an antihypertensive drug will certainly be affected by whether or not the woman is taking a contraceptive. It is necessary to ask what the general practitioner should know about hypertension in pregnancy. We believe that the following issues have to be addressed by the general practitioner: 1) There is a woman of reproductive age with hypertension – how will I treat her? 2) A pregnant woman on an antihypertensive drug presents – is it possible to use this drug in pregnancy and how will I further manage this patient? 3) Shall I treat her myself or refer her to a specialized centre? 4) The patient with hypertension has given birth, what will be next?

Key words: arterial hypertension, pregnancy, labour, lactation, hypertension in pregnancy, classification, treatment.

Med. praxi 2013; 10(5): 191–193

Onemocnění srdce se vyskytuje u 0,5–1 % těhotných žen. Zvyšuje se věk těhotných, zvyšuje se prevalence kouření a tím narůstá riziko arteriální hypertenze a riziko ischemické choroby u těhotných žen.

Hypertenze v těhotenství zůstává hlavní příčinou mateřské, fetální a novorozenecké morbidity a mortality ve vyspělých i méně vyspělých zemích. Hypertenze zvyšuje riziko komplikací pro matku i plod. Udává se výskyt hypertenze v 5–10 % těhotenství.

Hodnota krevního tlaku ovlivňuje růst a vývoj plodu, může způsobit poškození i smrt plodu. Hodnota krevního tlaku nad 160/110 mmHg a více má až 20x vyšší riziko prenatální mortality proti rodičce s normotenzí.

V průběhu fyziologicky probíhajícího těhotenství klesá systolický krevní tlak o 4–6 mmHg a diastolický krevní tlak klesá o 8–15 mmHg. Hodnoty krevního tlaku jsou nejnižší v polovině těhotenství a dále pozvolna stoupají a v období kolem porodu dosahují hodnoty před otěhotněním. Takto se chovají hodnoty krevního tlaku u normotoniček, hypertoniček i u těhotných s hypertenzí nově vznikající v těhotenství.

Tlak těhotných žen je závislý na poloze. Tlak na art. brachialis je nejnižší při poloze na levém boku, kdy zvětšená děloha nejméně komprimuje dolní dutou žílu. Nejvyšší je v sedě ve vzpřímené poloze, střední hodnoty dosahuje vleže při poloze na zádech.

Definice hypertenze v těhotenství není jednotná. Dle doporučení České společnosti pro hypertenzi z října 2012 a doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) z roku 2011 se definuje na základě absolutních hodnot krevního tlaku: systolický ≥ 140 mmHg a diastolický ≥ 90 mmHg.

Máme-li v ambulanci těhotnou ženu, musíme nejdříve rozhodnout, o jaký typ hypertenze se jedná.

Klasifikace hypertenze v těhotenství také není jednotná. Opět použijeme dělení dle posledního Doporučení České společnosti pro hypertenzi z října 2012 a dle ESC.

Může jít o hypertenzi, která předcházela těhotenství či byla diagnostikována do 20. týdne gravidity a většinou přetrvává déle než 42 dnů po porodu (**preexistující hypertenze**) či jde o hypertenzi vzniklou v těhotenství po 20. týdnu těhotenství a vymizí do 42 dnů po porodu

(**gestační hypertenze**). Ta může a nemusí být doprovázena proteinurií.

Dále může jít o **gestační hypertenzi naroubovanou na dřívější hypertenzi**, kdy preexistující hypertenze po 20. týdnu těhotenství je provázena dalším vzestupem TK a exkrecí proteinu ve 24hodinovém vzorku moči > 3 g/den.

V případech, že byl krevní tlak změřen poprvé po 20. týdnu těhotenství, těhotná nezná hodnotu svého krevního tlaku před otěhotněním nebo chybějící údaje o krevním tlaku v první polovině těhotenství, hovoříme o **neklasifikovatelné hypertenzi**. Ověření je nutné 42. den nebo po 42. dnu po porodu. Pokud hypertenze vymizí, pak je nutná reklasifikace jako gestační hypertenze s nebo bez proteinurie, pokud hypertenze přetrvává, je nutná reklasifikace jako pre-existující hypertenze.

Krátkodobá hospitalizace může být vhodná k ověření diagnózy. Řada žen v graviditě má hypertenzi bílého pláště. V těhotenství se vyskytuje primární i sekundární hypertenze.

Doporučení pro léčbu hypertenze v těhotenství vychází z konsenzu odborníků a není podloženo důkazy z velkých klinických studií. Cílem léčby musí být snížení rizika pro matku a současně musí být léčba bezpečná pro plod.

Léčbu dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou

I. Nefarmakologická léčba

Má být zvažována u těhotných žen se systolickým krevním tlakem 140–150 mmHg a diastolickým krevním tlakem 90–99 mmHg (měřeno v ambulanci).

Nefarmakologická léčba zahrnuje:

- pečlivé a soustavné sledování
- omezení běžných denních aktivit
- občasný odpočinek na lůžku v poloze vleže na levém boku
- dietní opatření (s normálním přívodem energie a proteinů)
- není doporučena redukce hmotnosti v těhotenství, a to ani u obézních žen, ale je někdy vhodná dietní konzultace s cílem udržet přiměřené hmotnostní přírůstky u žen s nadváhou či obezitou. Přírůstek by během těhotenství neměl přesáhnout 6,8 kg
- není doporučena restrikce soli
- suplementace kalcia, rybího tuku nepřinesly očekávané výsledky
- **zakázány je alkohol, který může hypertenzi zhoršit a kouření, které je rizikovým faktorem vedoucím ke zpomalení růstu plodu**

II. Farmakologická léčba

Indikace:

- u pre-existující hypertenze ponecháváme farmakologickou léčbu beze změny, není-li kontraindikovaná v těhotenství. Kontraindikované jsou ACE inhibitory a blokátory angiotensinu II. Opatrní jsme s diuretik
- léčbu hypertenze běžně zahajujeme při hodnotě systolického TK ≥ 150 mmHg nebo diastolického TK ≥ 95 mmHg
- při systolickém TK ≥ 140 mmHg nebo diastolickém ≥ 90 mmHg zahajujeme farmakologickou léčbu především u žen s gestační hypertenzí, s hypertenzí se subklinickým orgánovým poškozením, s poruchou vizu či s bolestmi hlavy
- **hospitalizace** je nutná při systolickém TK ≥ 170 nebo při diastolickém TK ≥ 110 mmHg.

Farmakologická léčba: (tabulka 1)

CAVE: kontraindikovány jsou ACEi inhibitory a sartany

V Doporučení České společnosti pro hypertenzi je také řešen problém podávání nízké dávky kyseliny acetylsalicylové (ASA). Je to problém, který se neustále diskutuje, a zájem o podávání ASA se objevil poté, co

Tabulka 1. Farmakologická léčba

Centrální alfa-agonisté	lékem první volby je methyldopa
Alfa- i beta-blokátory	labetalol (perorální forma t.č. není v ČR dostupná, je jen v injekční formě)
Beta-blokátory	metoprolol je bezpečný, méně účinný, bezpečný v pozdější fázi těhotenství, byla pozorována retardace růstu plodu, pokud byly betablokátory podávány na začátku těhotenství
Blokátory CA kanálů dihydropyridiny	lékem druhé volby, jsou bezpečné, účinné, nejvíce zkušeností je s nifedipinem (nepoužívat krátkodobě účinný nifedipin, preparáty II. generace lze použít, např. amlodipin, felodipin...) CAVE na potenciální synergismus s magnéziem sulfátem, kombinace může vyvolat prudkou antihypertenzi
Diuretika	jsou doporučována v malých dávkách u pre-existující hypertenze, pokud byla podávána i před otěhotněním

bylo zjištěno, že hypertenze je nejspíše výsledkem nepoměru placentární produkce vazoaktivních prostaglandinů a prostacyklinu. Tento nepoměr vede k aktivaci destiček a kontrakci arteriol. Tím, že kyselina acetylsalicylová acetyluje cyklooxygenázu, snižuje tvorbu tromboxanu A2 i prostacyklinu PGI2. Dle Doporučení České společnosti pro hypertenzi lze t.č. doporučit jen u žen s vysokým rizikem rozvoje preeklampsie (hypertenze v předchozím těhotenství, chronické onemocnění ledvin, autoimunitní onemocnění s antifosfolipidovým syndromem, u nemocné s diabetem mellitem 1. a 2. typu, s preexistující hypertenzí).

Dále je podávání ASA doporučeno u žen s více než jedním faktorem středního rizika rozvoje preeklampsie (první těhotenství, věk nad 40 let, interval mezi těhotenstvími více než 10 let, BMI ≥ 35 kg/m² v počátku těhotenství, výskyt preeklampsie v rodině, vícečetná těhotenství). Je třeba podávání zahájit od 12. týdne těhotenství a pokračovat až do porodu.

S hypertoničkou, která bude mít příznaky preeklampsie, se může setkat i praktický lékař. Je třeba příznaky znát a je nutné tuto nemocnou odeslat k hospitalizaci. Za známky hrozící preeklampsie je nutné považovat výrazné zvýšení TK, bolest hlavy, poruchu vizu, oční nálezy (krvácení na očním pozadí, exudáty a edém papily), bolesti břicha v pravém podžebří, v laboratorních nálezech vysoká proteinurie, hyperurikemie, zvýšení kreatininu.

O indukci porodu z interního hlediska rozhoduje specialista ve spolupráci s porodníkem. Indukce porodu je na místě u gestační hypertenze s proteinurií provázenou příznaky, jako jsou: poruchy vidění, poruchy koagulace a jiné patřící do obrazu tohoto onemocnění. Toto již patří do péče specialisty.

Těsně po porodu krevní tlak klesá a do 5 dnů opět dochází k vzestupu krevního tlaku. Je třeba ženu sledovat, upravit dávky léků a vytitrovat

antihypertenziva dle hodnoty krevního tlaku tak, aby nebyla ohrožena antihypertenzi či naopak hypertenzní krizí v době, kdy je doma a kdy ji potíže a hodnota krevního tlaku dovedou do ambulance praktického lékaře.

Kojení nezvyšuje krevní tlak u matky. Je třeba pamatovat, že všechna antihypertenziva užívaná matkou se vylučují do mateřského mléka, většina v nízkých koncentracích, ale např. některé beta-blokátory ve stejné koncentraci jako v plazmě matky. V případě beta-blokátorů monitorujeme ve spolupráci s pediatrem i tepovou frekvenci novorozence. Při výskytu bradykardie snížíme dávku podaného beta-blokátoru matce nebo provedeme záměnu léku. Po porodu vysazujeme alfa-methyldopu u žen, u kterých je nebezpečí rozvoje laktační psychózy. K léčbě jsou vhodné blokátory kalciových kanálů a metoprolol.

Závěr

Hypertenze v těhotenství může vyústit v závažné akutní ohrožení matky i plodu.

Jde tedy jistě o závažnou problematiku, která vyžaduje mezioborovou spolupráci. A to nejen porodníka a internisty, ale také spolupráci s praktickým lékařem, který může být prvním, kdo hypertenzi u těhotné ženy zachytí, může také jako první diagnostikovat ženy s pre-existující hypertenzí. Žena ve fertilitním věku by měla být léčena takovou léčbou, na které by mohla otěhotnět, protože obecně je největším problémem nečekané těhotenství, které žena zjistí v 7. nebo 8. týdnu. Nejkritičtější období vývoje embrya je 4.–8. týden, a proto může být u nečekaného těhotenství embryo ovlivněno léčbou.

Na základě předchozího textu se domníváme, že těhotná žena s pre-existující hypertenzí či hypertenzí gestační patří do společné péče kardiologa/internisty a specializované ambulance pro rizikové těhotenství porodnicko-gynekologického pracoviště.

Literatura

1. Braunwald E. Heart disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5th Edition; 2012.
2. Binder T, Vavřínková B. Těhotná v ordinaci negynekologa. Mladá Fronta a.s. Praha 2011: 87–89.
3. Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze; 2003.
4. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal 2012; 33: 1674–1678.
5. Filipovský J, Widimský J Jr, Ceral J, Cífková R, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Vnitř. Lék 2012; 58(10): 785–801.
6. Harrison's: Principles of Internal Medicine, 14th Edition; 1998.
7. Guidelines For The management of cardiovascular diseases during pregnancy-version 2011.
8. Janků K. Interní medicína v praxi 2000; 3: 21–32.
9. Král J. Arteriální hypertenze v graviditě. Zkušenosti z kardiologické poradny pro těhotné ve VFN. Cor Vasa 2011; 53(8–9): 461–465.
10. Leeman L, Mph M, Fontaine P, et al. Hypertenze v těhotenství. Gynekologie pro praxi. 2008; 8(5): 40–79.
11. Mikšová L, Majerčíková B. Hypertenze v těhotenství. Interní medicína pro praxi 2011; 13(1): 46–47.
12. Špinar J, Vítovec J. Hypertenze. Diagnostika a léčba, Avicenum Grada; 1999.
13. Štejfá M. Kardiologie, Grada; 1998.
14. Vítovec J, Špinar J. Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění, Grada; 2000.
15. Widimský J. Hypertenze, Triton s.r.o. v Praze; 2004; 9: 13.
16. Widimský J Jr, Cífková R, Špinar J, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. Vnitř. Lék 2008; 54: 104–108.
17. Widimský J Jr, a kol. Arteriální hypertenze – současné klinické trendy IX.

Článek přijat redakcí: 28. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 15. 5. 2013

MUDr. Yvona Hřčková

I. interní klinika – kardiologická FN Olomouc

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

yvona.hrckova@fnol.cz
