

Ipertensione in gravidanza- Il mio punto di vista

L'ipertensione in gravidanza rappresenta una delle cause principali di morbidità e mortalità materna e fetale, e si presentano nel 10-15% di tutte le gravidanze (pre-eclampsia 3-10%).

La preeclampsia, in particolare nelle forme severe con ritardo di crescita intra-uterino e prematurità deve essere considerata come un fattore di rischio cardiovascolare e renale.

Aver avuto una pre-eclampsia raddoppia il rischio di ictus, cardiopatia ischemica e malattia renale nei prossimi 5-15 anni, e quadruplica il rischio di sviluppare un'ipertensione arteriosa. Quindi le linee guida dell'ESH/ESC 2013 ci ricordano di tener conto della storia ostetrica (ipertensione in gravidanza, pre-eclampsia, eclampsia, diabete gestazionale, ritardo di crescita intra-uterino, nascita prematura, basso peso nascita del bambino) nell'anamnesi cardiovascolare di una donna.

Le diverse presentazioni di ipertensione durante la gravidanza sono:

- Ipertensione arteriosa essenziale secondaria: pressione sanguigna $\geq 140/90$ mmHg prima della gravidanza o HTN (ipertensione arteriosa) comparsa prima della 20 settimana di amenorrea o trattamento antipertensivo prima della gravidanza, con o senza presenza di proteinuria; L'ipertensione arteriosa persiste nel post-partum.
- HTN gestazionale: HTN che compare de novo dopo la 20 settimana di amenorrea; Assenza di proteinuria; Risoluzione nel post-partum.
- Preeclampsia, eclampsia: pressione arteriosa $\geq 140 / 90$ mmHg dopo la 20 settimana di amenorrea; Proteinuria con rapporto $\text{protein/creatinina} \geq 30$ nelle urine (CAVE 10% senza proteinuria, ma in presenza di altri danni d'organo). La presenza di edema, e la differenza di pressione arteriosa prima o durante la gravidanza non sono più criteri per la diagnosi di preeclampsia
- Preeclampsia sovrapposta ad una HTN cronica: peggioramento della HTN conosciuta con proteinuria \pm altri danni d'organo.

Gli organi che possono essere danneggiati sono essenzialmente: il sistema nervoso centrale (incluso mal di testa grave), distensione della capsula epatica, alterazioni della funzione epatica (fino allo sviluppo della sindrome HELLP), trombocitopenia, anemia emolitica, insufficienza renale, ritardo di crescita intrauterina, edema polmonare acuto, insufficienza cardiaca. Alcune forme di pre-eclampsia si verificano nel periodo post-partum.

Le linee guida ESH 2013 raccomandano il trattamento farmacologico antipertensivo durante la gravidanza se la pressione arteriosa è $\geq 150 / 95$ mmHg, se si sviluppa una HTN gestazionale e i valori pressori sono $\geq 140 / 90$ mmHg, se si diagnostica presenza di danno d'organo e/o sintomi (classe IIb, livello di evidenza C).

I seguenti farmaci antiipertensivi possono essere utilizzati durante la gravidanza:

- α -metildopa (agonista α_2 -adrenergico centrale) (classe B): medicinale scelto per la sua sicurezza a lungo termine. In pratica: associato ad effetti collaterali e bassa efficacia. Può essere utilizzato durante l'allattamento
- Labetalol (β -bloccante non selettivo, con attività α -bloccante (classe C) Può essere utilizzato durante l'allattamento
- Nifedipina a lento rilascio. CAVE: può dare ipotensione se associato al solfato di magnesio. Può essere utilizzato durante l'allattamento
- Idroclorotiazide (classe B): utile in caso di HTN preesistente prima della gravidanza (può essere continuato). CAVE: può ridurre il volume intravascolare. Può ridurre l'allattamento al seno.

- Altre alternative: prazosina, clonidina
- β -bloccanti, in particolare atenololo (classe D) non sono raccomandati in quanto possono indurre ritardo di crescita intrauterina (tranne l'oxprenololo, Classe B). Non sono consigliati durante l'allattamento al seno

Tutti i bloccanti del sistema renina-angiotensina-aldosterone, inclusi aliskiren e gli antagonisti dell'aldosterone (spironolactone ed eplerenone) sono contro-indicati durante la gravidanza. Enalapril e Benazepril sono Ace-inibitori che possono essere utilizzati durante l'allattamento al seno.

Nelle pazienti con anamnesi positiva per una preeclampsia o per determinati fattori di rischio (HTN preesistente, età tra i 20 ed i 40 anni, diabete mellito, malattie renali, anamnesi di preeclampsia, trombofilia ...) è consigliato l'uso dell'aspirina (100 mg) a partire dalla 12 settimana di amenorrea. (IIb).