

Hypertenze v těhotenství

MUDr. Michal Koucký, Ph.D.


Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK

Hypertenze v těhotenství

▶ Pregestační hypertenze

- Primární
- Sekundární

▶ Hypertenze vznikající v těhotenství

- Gestační hypertenze
 - Preeklampsie/HELLP syndrom
 - Esenciální hypertenze
 - Sekundární hypertenze
- 

Pregestační hypertenze

Prekoncepční příprava – dispenzarizace internistou

Vysazení ACE a blokátorů AT1 receptorů

Převod na alfa-methyldopu či blokátory Ca-kanálů

Pregestační hypertenze

Rizikové faktory pro těhotenství

Renální insuficience

Proteinurie

Nekorigovaný TK



Riziko IUGR/IUFD

Progrese základní diagnózy

Hypertenze vznikající v těhotenství

Gestační hypertenze

Vzniká-li po 20.týdnu těhotenství a končí šestinedělím

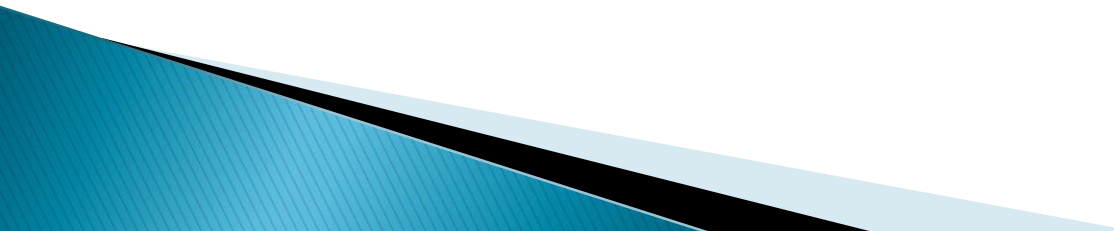
(hypertenze opakovaně více jak 140/90, absence proteinurie a orgánové dysfunkce)

10–50 % vyvine preeklampsii

Při absenci známek ohrožení plodu/matky ambulantní sledování

Gestační hypertenze

Riziko progresse do preeklampsie

- Abnormální průtoky v aa.uterinae
 - Výskyt před 34.týdnem
 - Elevace kyseliny močové
- 

Gestační hypertenze

Léčba

Není žádný důkaz, že by léčba nekomplikované hypertenze (<160/110) snížila riziko závažných mateřských/neonatálních komplikací

Abalos et al, Cochrane Dat.Sys.Rev. 2014

Gestační hypertenze

Praktický přístup:

**Nekomplikovaná hypertenze
(140/90 – 160/110)**

= raději příjem k observaci než nasazení léčby

Hospitalizace – vyšetření laboratoře, proteinurie,
monitoring stavu matky/plodu

**Doporučení ČGPS – léčba od TK opakovaně více jak
150/100**

Gestační hypertenze

Léčba – dTK 100–110

- p.o. methyldopa 1–2 tbl á 8–12 hod.
- amlodipin 5–10 mg denně

Léčba – dTK > 110

- i.v. labetalol

bolus 20–40 mg během 1 min, pokračovat v kontinuální infuzi 1–2 mg/min i.v., max. dávka 300 mg

- dihydralazin i.v. přípustný, horší prediktibilita odpovědi

Gestační hypertenze

- ▶ Cílem léčby lehké hypertenze stabilizace matky/uteroplacentární perfúze - dTK 80–90
- ▶ Cílem léčby těžké hypertenze (dTK > 110) dTK 90–100 a oddálit porod po dobu aplikace steroidů

Preeklampsie

= hypertenze + proteinurie $> 0,3\text{g}/24$ hod.

Vždy hospitalizace

Principy léčby identické jako při gestační hypertenzi

Jedinou definitivní léčbou preeklampsie porod

Preeklampsie

„early-onset“ < 28.týden

- ▶ Horší prognóza
- ▶ Vyšší riziko IUGR
- ▶ Vyšší riziko progresu do HELLP syndromu
- ▶ Pravidelnější výskyt současné imunopatologie (APS)

Preeklampsie

- ▶ Cílem našeho managementu monitoring matky/plodu a oddálit porod
- ▶ Přístup k léčbě identický jako u gestační hypertenze

= Při absenci známek ohrožení plodu/matky prodloužit těhotenství

Preferován vaginální porod

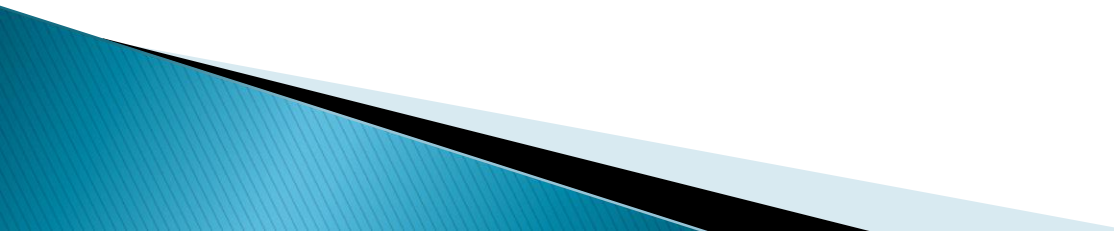
Preeklampsie – plánování porodu

Známky ohrožení matky/plodu

- Progrese hypertenze neragující na léčbu
- Progrese v HELLP syndrom
- Prodromy eklampsie

- IUGR s centralizací oběhu
- Známky akutní/chronické hypoxie v NST

Preeklampsie

- ▶ **Ne každá hypertenze a proteinurie v těhotenství je preeklampsie !**
 - ▶ **Po šestinedělí vhodné vyloučení jiných příčin**
 - ▶ **Nejčastěji chronické nefropatie**
- 

▶ Děkuji za pozornost