Intensità del trattamento antipertensivo in gravidanza

Data 01 febbraio 2015
Categoria ginecologia

Non sembrano esserci differenze tra trattamento intensivo e trattamento non intensivo dell'ipertensione in gravidanza in termini di complicanze materne o fetali, ma il trattamento intensivo riduce il rischio di comparsa di ipertensione grave.

Uno stato ipertensivo durante la gravidanza può comportare la comparsa di gravi complicanze sia a carico del nascituro che della madre.

Le linee guida consigliano infatti, durante la gestazione, sia un attento monitoraggio della pressione arteriosa sia un trattamento antipertensivo in caso di pressione arteriosa sistolica >/= 140 mmHg e/o una pressione arteriosa diastolica >/= 90 mmHg. Il valore deve essere confermato in almeno due misurazioni sullo stesso braccio effettuate a distanza di almeno 15 minuti.
Nei casi dubbi si deve ricorrere alla misurazione ambulatoriale/24 ore (ABPM) oppure al monitoraggio pressorio domiciliare. In questo caso i valori che definiscono l'pertensione sono: >/= 135 mmHg per la pressione sistolica e >/= 85 mmHg per la pressione diastolica.

In una pillola precedente abbiamo visto che nel caso non coesistano condizioni croniche il target pressorio dovrebbe essere di 130-155 per la pressione arteriosa sistolica (PAS) e di 80-105 per la pressione arteriosa diastolica (PAD). Se coesistono condizioni croniche si consiglia, come target, una PAS < 140 mmHg e una PAD < 90 mmHg.

Per determinare quale dovrebbe essere l'intensità del trattamento antipertensivo in gravidanza è stato effettuato uno studio multicentrico in aperto in cui donne tra la 14° e la 33° settimana di gravidanza affette da ipertensione senza proteinuria. L'ipertensione era pre-esistente allo stato gravidico oppure era comparsa durante la gravidanza stessa. La PAD era compresa tra 90 e 105 mmHg (oppure tra 85 e 105 mmHg se la paziente era già in trattamento antipertensivo).

La pazienti sono state randomizzate a due target diversi di PAD: 100 mmHg o 85 mmHg.
L'endpoint primario era composto da aborto oppure da necessità di cure neonatali intensive per più di 48 ore.
Endpoint secondario erano complicanze materne gravi fino alla sesta settimana dopo il parto o fino alla dimissione se questa avveniva dopo sei settimane.

Sono state studiate 987 donne.

Sia l'endpoint primario che quello secondario risultarono simili tra i due gruppi. La PAD media risultò più elevata di 4,6 mmHg nel gruppo randomizzato a controllo meno intensivo.
Ipertensione severa (≥160/110 mm Hg) si ebbe nel 40,6% del gruppo controllo meno intensivo e nel 27,5% del gruppo controllo intensivo.

Chedire?

Lo studio dimostra che in realtà non sembrano esserci differenze in termini di esiti clinici hard tra un trattamento intensivo ed uno più morbido dell'ipertensione in gravidanza.
Tuttavia il fatto che uno stato di ipertensione grave si sia avuta in una percentuale inferiore statisticamenre significativa indica che probabilmente vale la pena di perseguire, come target di PAD, valori di 85 mmHg. Se non altro perchè non si può escludere a priori, al di là dei dati statistici del trial, che in qualche paziente un'ipertensione grave comporti complicanze materne/fetali severe.
Si sa però che non sempre i risultati degli studi clinici sono facilmente trasferibili nella pratica clinica, per cui in alcuni casi potrebbe essere necessario accontentarsi di valori più realistici, per esempio quando una terapia antipertensiva polifarmacologica dovesse produrre effetti collaterali non sopportabili dalla paziente.

RenatoRossi

Bibliografia

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=6151

2. Magee LA et al. Less-Tight versus Tight Control of Hypertension in Pregnancy. N Engl J Med 2015 Jan 29; 372:407-417.