

Klasifikace hypertenze v těhotenství

Klasifikace hypertenze v těhotenství je uvedena v Tab. 1. (1, 2). Nejdůležitějším úkolem klasifikace hypertenze je rozlišit, zda hypertenze předchází těhotenství (tzv. preexistující hypertenze), nebo zda se jedná o stav specifický pro těhotenství (tzv. gestační hypertenze).

Preeklampsie

Preeklampsie komplikuje zhruba 5 % těhotenství a u žen s preexistující hypertenzí může být přítomna až ve 25%. Preeklampsie patří i nadále mezi tři nejčastěji uváděné příčiny úmrtí matky.

Podle evropských doporučení je preeklampsie definována jako gestační hypertenze provázená významnou proteinurií (exkrece proteinu ve 24hodinovém vzorku moče > 0,3 g/den nebo poměr albumin/kreatinin v náhodném vzorku moče ≥ 30 mg/mmol). Mezinárodní společnost pro studium hypertenze v těhotenství (ISSHP, International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy) rozšířila definici hypertenze, podle níž není přítomnost proteinurie pro definici preeklampsie podmínkou, nicméně bývá přítomna v 75 % případů (3).

Navzdory úsilí výzkumných týmů celého světa, hlavní mechanismy přispívající k patofyziologii preeklampsie nebyly dosud dostatečně objasněny (4). První odchylky u preeklampsie se objevují již v časně fázi těhotenství, kdy řada žen ještě neví, že jsou těhotné, a dlouho před tím než se preeklampsie manifestuje. Preeklampsie začíná abnormální invazí trofoblastu, který nepronurůstá do všech kapilár. Spirální arterie se nepřeměňují v kapacitní cévy, nýbrž zůstávají rezistenčními cévami malého kalibru.

Rozlišuje se časná a pozdní preeklampsie. Časná preeklampsie je definována jako porod s preeklampií do 34. týdne těhotenství, rozvíjí se jako důsledek abnormální placentace a placentární dysfunkce, je spojena s výrazně vyšším rizikem komplikací pro těhotnou ženu i plod. Pozdní preeklampsie je definována jako porod s preeklampií od 34. týdne těhotenství, vzniká jako důsledek kardiovaskulární dysfunkce těhotné ženy, je spojena s nižším rizikem komplikací než časná preeklampsie.

Ačkoliv zatím jedinou definitivní léčbou preeklampsie je porod, od roku 2010 je do-

Tab 1. Klasifikace hypertenze v těhotenství (16)

A. Preexistující hypertenze
Hypertenze předcházející graviditu nebo diagnostikovaná před 20. týdnem těhotenství většinou přetrvává déle než 42 dní po porodu. Může být provázena proteinurií: 1. esenciální, 2. sekundární.
B. Gestační hypertenze
Hypertenze vzniká v průběhu těhotenství, nejčastěji po 20. týdnu těhotenství, ve většině případů vymizí do 42 dnů po porodu. Může být provázena proteinurií.
C. Preeklampsie
Gestační hypertenze provázená významnou proteinurií (exkrece proteinu ve 24hodinovém vzorku moče > 0,3 g/den nebo poměr albumin/kreatinin v náhodném vzorku moče ≥ 30 mg/mmol) nebo dysfunkcí jiného orgánu matky: <ul style="list-style-type: none"> akutní poškození ledvin (kreatinin ≥ 90 μmol/l, poškození jater (zvýšení ALT nebo AST > 67 μkat/l +/- bolest v pravém horním kvadrantu břicha nebo v epigastriu), neurologické komplikace (eklampsie, změna duševního stavu, oslepnutí, cévní mozková příhoda nebo častěji hyperreflexie provázená klonickými křečemi, silnými bolestmi hlavy a přetrvávajícími scotomy), hematologické komplikace (trombocytopenie – počet destiček < 150 000/μl, diseminovaná intravaskulární koagulace, hemolýza), uteroplacentární dysfunkce (restrikce růstu plodu, abnormální Dopplerovské signály v umbilikální tepně nebo odumření plodu).
D. Preexistující hypertenze + „naroubovaná“ gestační hypertenze s proteinurií
Pre-existující hypertenze provázená dalším vzestupem TK a exkrecí proteinu ve 24hodinovém vzorku moči > 3 g/den po 20. týdnu těhotenství.
E. Hypertenze neklasifikovatelná před narozením
Pokud byl krevní tlak měřen poprvé po 20. týdnu těhotenství, je nutné ověření 42. den nebo po 42. dnu po porodu. Pokud hypertenze vymizí, pak je nutná reklasifikace jako gestační hypertenze s proteinurií nebo bez proteinurie; pokud hypertenze přetrvává, je nutná reklasifikace jako preexistující hypertenze.

Tab 2. Léčba hypertenze v těhotenství podle doporučení různých odborných společností

Doporučení/země; rok	Prahová hodnota TK pro zahájení léčby, mmHg	Cílová hodnota TK, mmHg
ESC/ESH, 2018	≥ 150/95	není definována
NICE, 2019	≥ 140/90	135/85
Německo, 2013 Irsko, 2016/2019	≥ 150/100	< 150/80–100
ISSHP, 2018	≥ 140/90	110–140/85
ACOG, 2019	≥ 160/110	< 160/110
Kanada, 2018	≥ 140/90	žádné doporučení/85
SOMANZ, 2014	≥ 160/110	< 160/110
Queensland, 2020	≥ 140/90	< 140/90
Brazílie, 2016	≥ 150/100	130–150/80–100

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists; ESH/ESC – European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension; ISSHP – International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy; NICE – National Institute for Health and Care Excellence; SOMANZ – Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand

poručeno preventivní podávání nízké dávky kyseliny acetylsalicylové (ASA) u žen s vysokým rizikem rozvoje preeklampsie (hypertenze v předchozím těhotenství, chronické ledvinné onemocnění, autoimunitní onemocnění jako např. lupus erythematosus nebo antifosfolipidový syndrom, diabetes 1. nebo 2. typu, preexistující hypertenze). Nově bylo zjištěno vysoké riziko rozvoje preeklampsie u všech těhotenství počatých metodami asistované reprodukce, riziko je obzvláště vysoké v případě transferu zmrazeného embrya (5). Nízká dávka ASA je také doporučena ženám se středním rizikem rozvoje preeklampsie (s více než jedním faktorem středního rizi-

ka rozvoje preeklampsie: první těhotenství, věk ≥ 40 let, interval mezi těhotenstvími > 10 let, BMI ≥ 35 kg/m² při prvním vyšetření v těhotenství, výskyt preeklampsie v rodině, vícecetné těhotenství). Podávání nízké dávky ASA (100–150 mg) je třeba zahájit od 12. týdne těhotenství a pokračovat do 36.–37. týdne těhotenství (1, 2). U žen s gestačním diabetem může metformin snížit riziko rozvoje gestační hypertenze a preeklampsie (6).

Na základě doporučení Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) má být všem ženám v prvním trimestru (v 11.–13. týdnu) proveden kombinovaný screening preeklampsie, který zahrnuje faktory mater-