

Elementarz echokardiograficzny wad serca w ciąży: krótki komentarz do najnowszych wytycznych ESC

AGATA LEŚNIAK-SOBELGA

Klinika Chorób Serca i Naczyń, Instytut Kardiologii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

Adres do korespondencji: Klinika Chorób Serca i Naczyń, Instytut Kardiologii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, KSS im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków, e-mail: alesniak@szpitaljp2.krakow.pl

Kardiologia po Dyplomie 2011; 10 (10): 44-45

Zmodyfikowana klasyfikacja grup ryzyka wg WHO

W najnowszych wytycznych ESC dotyczących postępowania u ciężarnych z chorobami układu krążenia, które ukazały się we wrześniu 2011 roku [1], posłużono się zmodyfikowaną klasyfikacją ryzyka wg WHO. Obejmuje ona cztery grupy, odrębnie jest w niej analizowane ryzyko zgonu matek i ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych: I grupa – brak zwiększonego ryzyka śmiertelności matek, brak lub małe ryzyko wystąpienia powikłań, II – nieznacznie zwiększone ryzyko śmiertelności matki przy umiarkowanie zwiększonym ryzyku powikłań, III – znacznie zwiększone ryzyko zgonu matki, ryzyko poważnych powikłań, IV – bardzo duże ryzyko zgonu matki i poważnych powikłań – przeciwskazanie do zajścia w ciążę.

Do grupy WHO IV zaliczono: ciężkie zwężenie zastawki mitralnej, ciężkie objawowe zwężenie zastawki aortalnej, nadciśnienie płucne, ciężką dysfunkcję komory systemowej (EF <30%, klasa III-IV wg NYHA), wywiad kardiomiopatii połogowej z przetrwałym upośledzeniem funkcji lewej komory, zespół Marfana z poszerzeniem aorty wstępującej >45 mm, poszerzenie aorty wstępującej >50 mm ze współistniejącą zastawką aortalną dwupłatkową oraz koarktację aorty (nie-skorygowaną). Do grupy WHO III zaliczono ciężarne z wszczepionymi sztucznymi zastawkami serca.

Korekcja wady serca przed planowaną ciążą

Do korekcji wady serca przed planowaną ciążą są preferowane metody przezskórne, są one rekomendowane u chorych z: ciasnym zwężeniem zastawki mitralnej (powierzchnia zastawki <1,5 cm²) (klasa I/C), ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej: objawowych lub z dysfunkcją lewej komory (EF <50%) (klasa I/C),

beobjawowych z nieprawidłowym wynikiem testu wysiłkowego (objawy w trakcie wysiłku – klasa I/C, spadek ciśnienia tętniczego – klasa IIa/C). W przypadku ciężkiej niedomykalności zastawki mitralnej lub aortalnej u chorych objawowych, z upośledzoną funkcją lewej komory lub jej powiększeniem zaleca się przed ciążą chirurgiczną korekcję (klasa I/C).

Kontrola kliniczna i echokardiograficzna

Co miesiąc lub co 2 miesiące (w zależności od zaawansowania stanu hemodynamicznego wady serca) zaleca się kontrolę kliniczną i echokardiograficzną ciężarnych z umiarkowanym do ciężkiego zwężeniem zastawki mitralnej oraz aortalnej. W przypadku łagodnego zwężenia zalecana jest kontrola w każdym kolejnym trymestrze ciąży i przed porodem. U chorych z łagodną do umiarkowanej niedomykalnością zastawki aortalnej lub mitralnej wskazana jest kontrola w każdym kolejnym trymestrze, natomiast u chorych z ciężką niedomykalnością – częściej, zależnie od występujących objawów i stanu klinicznego.

Cięcie cesarskie

Rozwiązanie cięciem cesarskim uzasadnione jest u chorych z umiarkowanym do ciężkiego zwężeniem zastawki mitralnej z objawami w III-IV klasie czynnościowej wg NYHA lub z nadciśnieniem płucnym opornym na farmakoterapię oraz u chorych z ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej (zalecane znieczulenie ogólne).

Leczenie przeciwzakrzepowe u ciężarnych

Stosowanie heparyn drobnocząsteczkowych (LMWH) u ciężarnych z mechanicznymi zastawkami przez cały okres ciąży nie jest rutynowo zalecane. Antykoagulacja

LMWH jest kontrowersyjna, ponieważ u ciężarnych nie określono dotychczas optymalnego zakresu aktywności anty-Xa, jak również optymalnego schematu monitorowania anty-Xa. Nie zaleca się podawania LMWH/UFH we wszystkich trymestrach ciąży ze względu na udokumentowane zwiększone ryzyko zakrzepicy mechanicznych zastawek. Podkreśla się, że najbezpieczniejsze dla matki jest podawanie doustnych antykoagulantów (pod regularną kontrolą INR) przez całą ciążę.

Kontrola skuteczności leczenia przeciwzakrzepowego

Kontrola skuteczności leczenia przeciwzakrzepowego (INR, anty-Xa) powinna być przeprowadzana co tydzień, natomiast kontrola kliniczna i echokardiograficzna co miesiąc. Pacjentka i jej najbliżsi powinni uzyskać wszelkie niezbędne informacje na temat skuteczności oraz bezpieczeństwa leczenia przeciwkrzepliwego w ciąży z podkreśleniem największej skuteczności doustnych antykoagulantów (DAK) w zapobieganiu zakrzepicy na sztucznej zastawce. Powinno również być przedyskutowane, zależne od dawki DAK, ryzyko embriopatii oraz powikłań krwotocznych u płodu.

Należy rozważyć kontynuację leczenia DAK w pierwszym trymestrze ciąży, jeżeli dawka dzienna warfaryny jest mniejsza niż 5 mg (fenprokumonu <3 mg, acenokumarolu <2 mg) – przy takim dawkowaniu ryzyko wystąpienia embriopatii jest niskie (klasa IIa). W przypadku wymagania dawek wyższych niż wymienione między 6 a 12 tygodniem ciąży należy odstawić doustne antykoagulanty i włączyć heparynę niefrakcjonowaną (UFH) (pod kontrolą APTT wydłużonego ≥ 2 razy w stosunku do wartości wyjściowej, u pacjentek wysokiego ryzyka wlew dożylny) lub drobnocząsteczkowej (LMWH) 2 razy na dobę w dawkach zależnych od wagi ciała (początkowo) i pod kontrolą anty-Xa (0,8-1,2 U/ml, oznaczanych 4-6 godz. po podaniu [peak anty-Xa]) (klasa IIa). Nie jest wystarczająco udowodnione znaczenie monitorowania anty-Xa przed podaniem leku (trough, pre-dose) ani utrzymywanie

wartości powyżej 0,6 U/ml, aby je szeroko rekomendować. Początkowa dawka LMWH dla enoksaparyny to 1 mg/kg m.c., dla dalteparyny – 100 IU/kg m.c. 2 razy na dobę podskórnie. Task Force nie zaleca dodawania małych dawek kwasu acetylosalicylowego do antykoagulantów doustnych oraz heparyn. W II i III trymestrze ciąży zalecane jest podawanie antykoagulantów doustnych, od 36 tygodnia heparyny (UH/LMWH), 36 godzin przed indukcją porodu lub przed cięciem cesarskim odstawić LMWH, a następnie wlew dożylny heparyny, odstawić UFH 4-6 godzin przed porodem i ponowne włączenie 4-6 godzin po porodzie (klasa I/C). W przypadku pilnego rozwiązania u ciężarnej przyjmującej antykoagulanty doustne – wskazane jest wykonanie cięcia cesarskiego, poprzedzone podaniem świeżo mrożonego osocza, aby obniżyć INR $\leq 2,0$. Można również podać doustnie witaminę K (0,5-1,0 mg) – jej wpływ na INR widoczny jest dopiero po 4-6 godzinach. Z uwagi na utrzymujący się do 8-10 dni wpływ doustnych antykoagulantów na noworodka zaleca się również podawanie dziecku świeżo mrożonego osocza i witaminy K.

W standardach wyraźnie podkreśla się, że przy braku możliwości monitorowania poziomu anty-Xa przeciwwskazane jest stosowanie LMWH u ciężarnych ze sztucznymi zastawkami serca (klasa III/C).

Profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdza

Zapobieganie infekcyjnemu zapaleniu wsierdza nie jest zalecane rutynowo przed porodem drogami natury lub cięciem cesarskim poza grupami wysokiego ryzyka (jak w rekomendacjach dla IZW).

Piśmiennictwo

1. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011. [w druku].