
Διαχείριση Προειλαμψιας

Ορισμος

- Προεκλαμψια :Νεα εμφανιση υπερτασης (συστολικη πιεση > 140 ή διαστολικη πιεση > 90 mmHg) και πρωτεινουριας (>300 mg / 24 h) μετα τις 20 / 40 σε μια γυναικα χωρις ιστορικο υπερτασης .
-

Διαγνωση και αρχικη εκτιμηση

- 2 μετρησεις Αρτηριακης Πιεσης με διαφορα 6 ωρες μεταξυ τους
 - Η λευκωματουρια στο stick ουρων πρεπει να επαληθευεται με 24 ωρη μετρηση πρωτεινων στα ουρα
 - Σκοπος αξιολογησης :
 - Ειναι οντως προεκλαμψια ? ?
 - Ποσο σοβαρη ειναι ? ?
-

Διαφορική Διαγνωση

- Χρονια υπερταση : ΑΠ > 140/90 η οποια προυπαρχει της κυησης,εμφανιζεται προ των 20 εβδομαδων ή εμμενει > 12 εβδ μετα τοκετου
 - Λευκωματουρια : Χωρις, ή λιγοτερο απο 1gr/day στην υπερτασικη νεφροσκληρηση
 - Τοκος : Η προεκλαμψια ειναι πολυ πιο συνηθης στις πρωτοτοκες
 - Ουρικο οξυ : Φυσιολογικες τιμες
-

Διαφορική Διαγνωση

- **Υπερταση Κυησης** : Υπερταση χωρις πρωτεινουρια ή αλλα σημεια προεκλαμψιας η οποια εμφανιζεται στο δευτερο ημισυ της κυησης και εξαφανιζεται εντος 12 εβδομαδων μετα τοκετου. Οι κυοφορουσες με υπερταση κυησης διατρεχουν μεγαλυτερο κινδυνο να εμφανισουν προεκλαμψια καθως η κυηση εξελισσεται
-

Διαφορική Διαγνωση

- Επιδεινωση χρονιας νεφρικης παθησης :
 - Μεγαλυτερη πιθανοτητα προεκλαμψιας σε γυναικες με χρονια νεφρικη παθηση
 - Η αυξηση της ΑΠ και της πρωτεινουριας σε γυναικα με ΧΝΠ μποει να οφειλεται σε επιδεινωση νεφρικης λειτουργιας ή σε προεκλαψια
-

Διαφορική Διαγνωση

- Επιδεινωση χρονιας νεφρικης παθησης :
 - Συνηγορουν υπερ προεκλαμψιας :
 - Θρομβοκυτταροπενια
 - Αυξημενες τρανσαμινασες
 - Εμβρυικη δυσχερεια (Ολιγουδραμνιο, IUGR)
-

Διαφορική Διαγνώση

- Επιδείνωση χρόνιας νεφρικής παθολογίας :
 - Συνηγορούν υπέρ επιδείνωσης νεφρικής λειτουργίας :
 - Αυξηση ΑΠ και πρωτεϊνουρίας στο πρώτο ημισυ της κύησης
 - Ερυθρά αιμοσφαίρια ή λεμφοκύτταρα στα ούρα
-

Διαφορική Διαγνωση

- Θυροτοξικη Κριση
 - Φαιοχρωμοκυττωμα
 - Κακοηθες νευροληπτικο συνδρομο
 - Θρομβοπενικη Θρομβωτικη Πορφυρα
 - Αιμολυτικο Ουρεμικο Συνδρομο
 - Παροξυνση Συστηματικου Ερυθηματωδους Λυκου
 - Ημικρανια
 - Χολοσταση
 - Λιπωδες ηπαρ κησης
-

Σοβαρή Προεκλαμψια

Όταν υπάρχει οποιοδήποτε απο τα παρακατω :

Αρτηριακη Πιεση : > 160 / 110 mmHg

ΚΝΣ : σκοτωματα, εντονη κεφαλαγια, μεταβολες επιπεδου συνειδησης, εγκεφαλικο

Διαταση ηπατικης καψας : Αλγος δε υποχονδριου, ναυτια, εμετοι

Ηπατοκυτταρικη βλαβη : Αυξηση GOT, GPT (τουλαχιστο x 2)

Θρομβοκυτταροπενια : < 100.000

Πρωτεινουρια : > 5g / 24h

Πνευμονικο οιδημα

Ολιγουρια : < 500 ml / 24 h

Severe IUGR

Τι εργαστηριακα να στείλω?

- Γενικη Αιματος : Αναιμια ? Θρομβοκυτταροπενια?
 - 24 ωρη συλλογη ουρων για λευκωμα
 - Κρεατινινη αιματος
 - Ηπατικα : ASAT (GOT), ALAT (GPT)
 - LDH : Δεικτης μικροαγγειακης αιμολυσης (εμφανιζεται σε σοβαρη προεκλαμψια ή σε συνδρομο HELLP)
 - Ουρικο οξυ αιματος
 - Ελεγχος πήξης : Είναι συνηθως φυσιολογικος αν δεν συνυπαρχει ηπατικη βλαβη ή θρομβοκυτταροπενια. **Ο ελεγχος ρουτινας δεν συνισταται**
-

Διαχείριση

- Η τελική θεραπεία της προκλαμψιας είναι ο τερματισμός της κύησης
 - Ποιους παραγοντες θα λαβω υπ'οψη ??
 1. Ηλικια κύησης
 2. Σοβαροτητα προεκκλαμψιας
 3. Κατασταση μητερας και εμβρυου
-

Διαχείριση

- Ως **γενικός κανόνας** :
- **Τελειομηνη Κυηση** : Ανεξαρτητως σοβαρότητας προεκλαμψιας πρέπει να γίνεται προκλήση τοκετού
- Η **ανεπάρκεια μητρικών οργάνων** (πνευμονικό οίδημα, νεφρική ανεπάρκεια, ρήξη ήπατος, εγκεφαλικό) αποτελεί ένδειξη για τερματισμό ανεξαρτητως ηλικίας κυησης
- Σοβαρή Προεκλαμψία $<24/40 \rightarrow$ τερματισμός

Διαχείριση

- **Ηπια Προεκλαμψια :**
 - Αν τελειομηνη ($> 37/40$) και χωρις αντενδειξεις για φυσιολογικο τοκετο → προκληση
 - Αν προωρη, αναμενουμε
-

Διαχείριση

- Εντός ή Εκτός Νοσοκομείου ? ?
 - Η στενή μητρική παρακολούθηση αμεσως μετα την διαγνωση είναι σημαντικη για την σταδιοποιηση την νοσου και για την αξιολογηση της προοδου της
 - Υπαρχουν λιγα δεδομενα για την εξωνοσοκομειακη εκβαση της προεκλαμψιας
 - Μια μελετη αξιολογησε 154 εγκυες με κυησεις μεταξυ 24 και 36/40 και ηπια προεκλαμψια : Εξωνοσοκομειακα, η κυηση παραταθηκε κατα 24 ημερες και η νεογνικη και μητρικη εκβαση ηταν παρομοια.
-

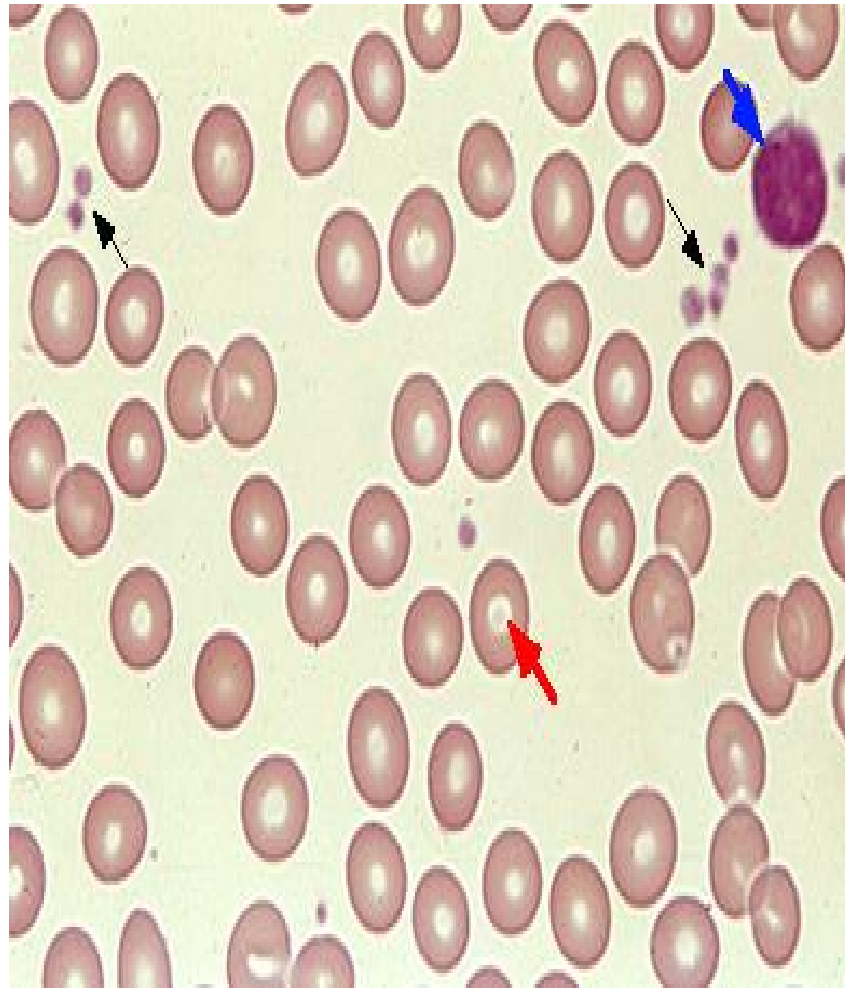
Διαχείριση

- **Εντός ή Εκτός Νοσοκομείου ? ?**
 - Οι γυναίκες οι οποίες παρακολουθούνται εκτός νοσοκομείου θα πρέπει να συμμορφωθούν με συχνούς μητρικούς και εμβρυικούς ελέγχους (ανα 3 ημερες) .
 - Συνηθως συνισταται κατακλιση → ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΜΙΑ ΕΝΔΕΙΞΗ ΟΤΙ ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ
 - Η εγκυος θα πρεπει να ξερει οτι σε περιπτωση επιμονης κεφαλαλγιας, οπτικων διαταραχων, αλγους επιγαστριου ή δε υποχονδριου, ναυτια, εμετων, δυσπνοιας, μειωμενης απεκκρισης ουρων θα πρεπει να προσελθει επειγοντως
-

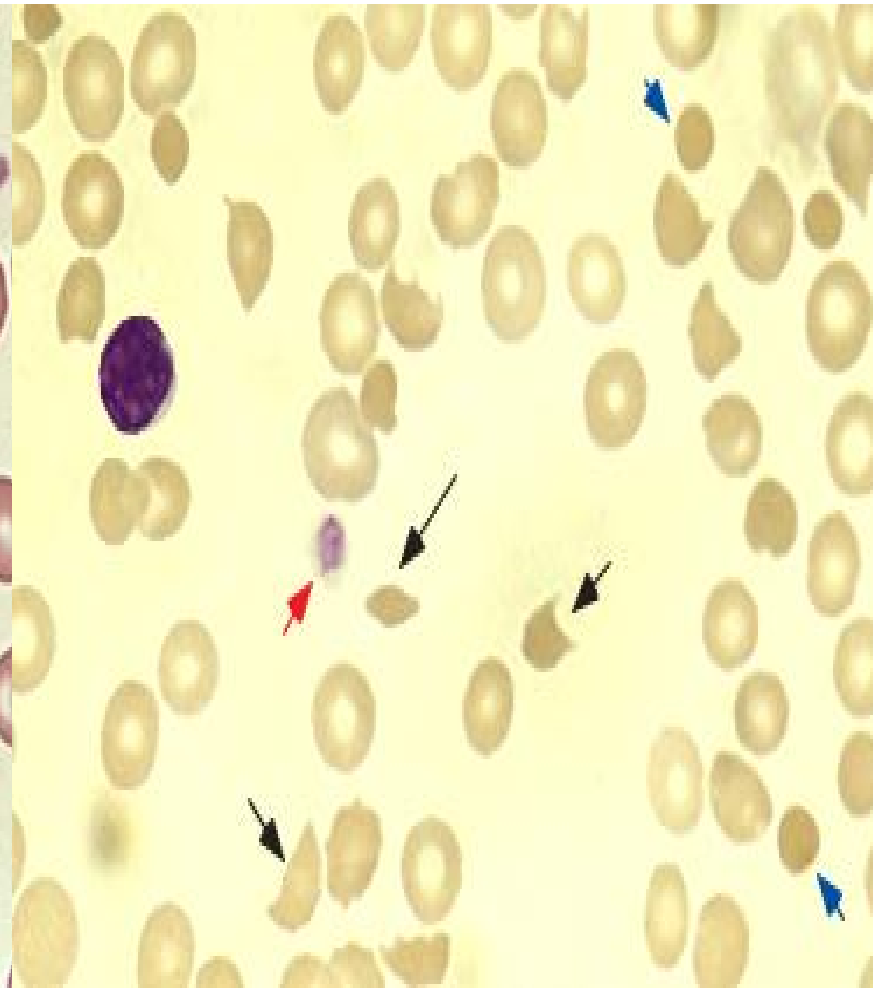
Εργαστηριακή Παρακολούθηση

- Η ελαχιστη παρακολουθηση περιλαμβανει γενικη αιματος, κρεατινινη, GOT, GPT.
 - Αυτες οι εξετασεις θα πρεπει να επαναλαμβανονται 1 με 2 φορες / εβδομαδα
 - Η αυξηση του Ht μπορει να σημαινει αιμοσυμπυκνωση και επιδεινωση παθησης
 - Η μειωση του Ht μπορει να ειναι σημειο αιμολυσης
 - Η αιμολυση μπορει να επαληθευτει με πλακακι αιματος → σχιστοκυτταρα
-

Φυσιολογικό Πλακίαι



Αιμόλυση



Αντιμετώπιση υπέρτασης

- Η χρήση αντιυπερτασικών στην ηπια προεκλαμψια δεν φαινεται να αλλαζει την εκβαση της παθησης ουτε να μειωνει την περιγεννητικη θνησιμοτητα ή νοσηροτητα
 - **Ενδειξεις** : Συστολικη > 150 και διαστολικη > 95 . Η συστολικη ΑΠ ειναι καλυτερος προγνοστικος παραγοντας ΑΕΕ απο την διαστολικη
 - **Σκοπος** : Προληψη υπερτασικης εγκεφαλοπαθειας και του ΑΕΕ
-

Αντιμετώπιση ηπιας προεκλαμψιας

- Χορηγηση πο αντιυπερτασικων (α methyl dopa, labetalol, nifedipine)
 - Παρακολουθηση ΑΠ (καθημερινα)
 - Παρακολουθηση λευκωματος ουρων
 - CTG και εργαστηριακα 1 με 2 φορες εβδομαδιαιως
-

Οξεία Θεραπεία Σοβαρής Προειλαμψίας

- Labetalol : 20mg iv και στα 10 λεπτά δόσεις από 20 έως 80 mg με μέγιστη δόση τα 300mg (eg : 20, 40, 80, 80, 80)
 - Hydralasine : 5 mg iv σε 2 λεπτά. Αν σε 20' η ΑΠ δεν πέσει, μπορούμε να χορηγήσουμε bolus → 20mg. Αν η συνολική δόση των 30 δεν ελέγχει την πίεση, πρέπει να διαλεξουμε άλλο αντιυπερτασικό
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προεκλαμψίας

Η σοβαρή προεκλαμψία επιπλέκει το 1% των κυήσεων
Οι γυναίκες με σοβαρή προεκλαμψία συνήθως υποκείνται σε
τερματισμό κύησης καθώς η νόσος είναι προοδευτικά
επιδεινωμένη και δεν υπάρχει αποτελεσματική φαρμακευτική
θεραπεία

Παρ'όλ'αυτά, υπο κάποιες συνθήκες, η παραταση μιας σοβαρής
προεκλαμψίας θα μπορούσε να επιχειρηθεί προς επίτευξη
καλύτερης νεογνικής έκβασης

Ο κυριος κινδυνος παραμενει η ανεπαρκεια πολλαππων
μητρικων οργανων

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψίας

- Αρχική αντιμετώπιση :

- 34/40 → τερματισμός κυήσης



Αντιμετώπιση Σοβαρής Προεκλαμψιας

- <34/40 :
 - → εισαγωγή αιθουσα τοκετων για εντατική παρακολουθηση για τουλαχιστον 48 ωρες
 - → Χορηγηση κορτικοειδων
 - → Χορηγηση MgSO₄ για προφυλαξη εκλαμψιας
 - → Παρακολουθηση ΑΠ ανα 1 με 2 ωρες
 - → Παρακολουθηση προσληψης – απεκκρισης υγρων
 - → Εργαστηριακα : γενικη αιματος, κρεατινινη, ηλεκτρολυτες, ηπατικα, LDH, albumin, ουρικο
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψίας

- <34/40 (συνεχεια) :
 - Αξιολογηση της εμβρυικης καταστασης :
 - Καρδιοτοκογραφημα
 - Προσδιορισμος Αμνιακου Υγρου
 - Εκτιμηση Εμνβρυικκης Αναπτυξης
 - Doppler ομφαλικης αρτηριας
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψίας

■ Αντενδείξεις Αναμονής :

1. Μητρική αιμοδυναμική ασταθία (shock)
 2. Μη καθησυχαστική εμβρυική αξιολόγηση :
 - μη καθησυχαστικό CTG
 - IUGR
 - απουσία ή αναστροφή τελοδιαστολική ροή ομφαλικής αρτηρίας
 3. Υπέρταση η οποία δεν απαντά στα αντιυπερτασικά
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψίας

- **Αντενδείξεις Αναμονής** (συνεχεια) :
 4. Σοβαρή κεφαλαλγία, οπτικές διαταραχές ή επιγατραλγία ή αλγος δε υποχονδριου
 5. Εκλαμψια
 6. Πνευμονικο οιδημα
 7. Νεφρικη ανεπαρκεια (αυξηση κρεατινινης $> 1\text{mg}$ απο το μεσο ορο, παραγωγη ουρων $< 0,5\text{ ml/kg}$ για 2 ωρες η οποια δεν απαντα σε bolus 1000 ml .
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψίας

- **Αντενδείξεις Αναμονής** (συνεχεια) :

8. Εργαστηριακά : ηπατικά $> 2x$, αιμοπεταλία < 100000 , διαταραχή πήκτηκότητας

9. Αποκολληση πλακουντα

10. Κυηση $> 34/40$

11. Μητρικη επιθυμια για αμεσο τερματισμο κυησης

12. Συνδρομο HELLP

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προεκλαμψιας

- Υποψηφιοι θεραπείας αναμονής :
 1. Παροδικες εργαστηριακες ανωμαλιες :
Ασυμπτωματικες γυναικες με ανωμαλες εργαστηριακες εξετασεις οι οποιες γινονται φυσιολογικες σε 48 ωρες
 2. Διαγνωση βαριας προεκλαμψιας βασει λευκωματουριας. Η πρωτεινουρια $> 5\text{gr}/24$ εν ελλειψει αλλων παθολογικων ευρηματων ΔΕΝ ειναι ενδειξη τερματισμου κυησης
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προεκλαμψίας

- Υποψηφιοί θεραπείας αναμονής (συνεχία):
3. Σοβαρή Προεκλαμψία βάσει ΑΠ > 160 / 110 mmHg. Αν η εμβρυϊκή κατάσταση είναι καλή και δεν συνυπάρχουν άλλα στοιχεία μητρικής δυσχερείας (ανεπάρκεια οργάνων)
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψίας

- Παρακολουθηση :

1. Ελεγχος ΑΠ ανα 4 ωρες (μπορεί να παραληφθει τις νυχτερινες ωρες)
 2. Συχνη εκτιμηση μητρικων συμπτωματων
 3. Προσληψη – απεκκριση υγρων
 4. Εργαστηριακα 2 φορες/εβδομαδα
 5. Συχνος ελεγχος εμβρυικης ευημεριας (τουλαχιστον 2 φορες / εβδομαδα CTG και ελεγχος Αμνιακου Υγρου, καθημερινη καταμετρηση κινησεων, growth καθε 10 ημερες
-

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψιας - Τοκετος

- Ενδειξεις :

A. Μητρικες (ανεπαρκεια οργανων)

B. Εμβρυικες :

1. Severe IUGR (< 5th percentile)

2. Ολιγουδραμνιο

3. Ανωμαλο doppler ομφαλικης

Αντιμετώπιση Σοβαρής Προειλαμψιας - Τοκετος

- Φυσιολογικός τοκετος ή Κ/Τ ?
 - Συνιστάται κοιλιακός τοκετος εν απουσία μαιευτικών ενδειξεων
 - > 32/40, 60% κατορθωνουν Φ/Τ
 - < 28/40 μονο το 0 – 30 % επιτυγχανουν κοιλιακο τοκετο
-

Αντιεπιληπτική Αγωγή

- **Θειικό Μαγνησιο ($MgSO_4$)** : Αποτελεί το φάρμακο επιλογής για την πρόληψη της εκλαμψιας και των υποτροπιάζοντων εκλαμπτικών σπασμών
 - Ενδείξεις θεραπείας :
Σοβαρή προεκλαμψία
Αμφιλεγόμενο αν οι γυναίκες με ελαφριά προεκλαμψία χρησηζουν θεραπείας
-

Αντιεπιληπτική Αγωγή

- **Θειικό Μαγνησιο (MgSO₄)** : Δοσολογία :
 - 4 με 6 gr σε 20 λεπτά, ακολουθως, 2 gr/ωρα για 24 ωρες.
 - Επιπεδα μαγνησιου πρεπει να σταλουν στις 5 ωρες απο την εναρξη της θεραπειας
 - * Κατα την διαρκεια της θεραπειας ελεγχεται τακτικα το αντανακλαστικο του γονατου καθως σε υπερδοσολογια εξαφανιζεται.
 - Η θεραπεία συνεχίζεται για 24 μετa τον τοκετο
-

Αντιεπιληπτική Αγωγή

- **Θειικό Μαγνησιο (MgSO₄)** : Επίπεδα αιματος
4 mg% - 8 mg% Φυσιολογικά επίπεδα
10 mg% απώλεια εν τω βαθει τενοντιων
αντανεκλαστικων
12 mg% - 18 mg% αναπνευστικη παραλυση
24 mg% καρδιακη ανακοπη
Αντιδοτο : Ca gluconate 1g in 5 min
-

Συμπερασματα

- Ο πρωτος σκοπος ειναι η διαφοροδιαγνωση
 - Ο δευτερος ειναι η εκτιμηση της σοβαροτητας της παθησης
 - Ο εργαστηριακος ελεγχος πρεπει να περιλαμβανει γενικη αιματος, ηπατικη και νεφρικη λειτουργεια. Η ευημερια και η αναπτυξη του εμβρυου αποτελει σημαντικη πληροφορια
 - Ο τερματισμος της κυησης παραμενει η μοναδικη θεραπεια, Εξαρταται απο την μητρικη και την εμβρυικη κατασταση οπως και απο την σοβαροτητα της νοσου
-

Συμπερασματα

- Συνιστάται χορηγήση κορτικοειδων σε κυησεις μεταξυ 24 και 34 εβδομαδων
 - Συνιστάται τοκετος σε ολες τις κυησεις > 37 / 40 ανεξαρτητως σοβαροτητας προεκλαμψιας
 - Το θειικο μαγνησιο ειναι πιο αποτελεσματικο της φαινυτοινης για την προληψη των εκλαμπτικων σπασμων
 - Η ηπια προεκλαμψια σχετιζεται με καλη μητρικη και εμβρυικη εκβαση
-

- Βιβλιογραφία : Uptodate

- ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ
