

Cardiomiopatia peripartum PPCM

(tratto da ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy 2012)

L'incidenza varia da 1: 300 e 1: 4000 gravidanze, sottolineando il coinvolgimento di fattori genetici e / o culturali.^{168,169} predisponenti sembrano di essere parti gemellari e parti plurimi, la storia familiare, etnia, il fumo, il diabete, l'ipertensione, pre-eclampsia, la malnutrizione, l'età avanzata di madri o gravidanze in età adolescenziale l'uso prolungato di beta bloccanti ^{168,169}

L'eziologia della PPCM è incerta; infezioni, infiammazioni e processi autoimmuni possono giocare un ruolo nella PPCM.¹⁷⁰ . Si sospetta che sia conseguenza di uno stress ossidativo che porta alla sbilanciato taglio proteolitico della prolattina in un potente fattore angiostatico e in un frammento.¹⁷¹ pro-apoptotico. Secondo le definizioni attuali, PPCM è una cardiomiopatia idiopatica che si presenta con insufficienza cardiaca secondaria a ridotta funzione sistolica ventricolare sinistra che compare verso la fine della gravidanza o nei mesi successivi. È una diagnosi di esclusione quando non viene trovata nessun'altra causa d'insufficienza cardiaca. Il LV può non essere dilatato, ma l'EF è quasi sempre ridotto al di sotto del 45% .¹⁶⁸ I sintomi e i segni sono spesso tipici per l'insufficienza cardiaca, ma, a causa della particolare situazione fisiologica della gravidanza e del post-partum, sono riportati un ampio spettro di sintomi. PPCM deve essere sospettata in tutte le donne con un ritorno ritardato alle condizioni preparto. Frequentemente le pazienti presentano scompenso cardiaco acuto, aritmie ventricolari complesse e morte cardiaca improvvisa. In alcuni casi, non tutti i criteri diagnostici possono essere rigorosamente rispettati. L'ecocardiografia è il metodo preferito per valutare la funzione ventricolare sinistra. La DCM geneticamente trasmessa può manifestarsi nello stesso intervallo di tempo e non è distinguibile da PPCM.^{172,173}

Gestione

L'insufficienza cardiaca in PPCM può svilupparsi molto rapidamente, e si applicano le linee guida per la gestione di insufficienza cardiaca acuta.¹⁷⁴ Se un paziente nonostante una ottimale terapia medica, continua a dipendere dagli inotropi, dovrebbe essere sottoposto a contropulsazione o ad impianto di dispositivi di assistenza ventricolare e dovrebbe essere valutata l'opportunità di un trapianto. E' importante notare che la prognosi di PPCM è diversa da quella di DCM, con una percentuale significativamente superiore di migliorare o normalizzare la funzione ventricolare sinistra a 6 mesi dalla diagnosi. Il tasso di recupero spontaneo è relativamente elevato (50%). E ciò va considerato al momento di assumere una qualsiasi condotta terapeutica.

Dispositivi e trapianto cardiaco

Per le donne che presentano sintomi gravi e disfunzione ventricolare sinistra severa 6 mesi dopo la prima presentazione, nonostante ottimale terapia medica e durata del QRS >120 ms, si consiglia terapia resincronizzante ed impianto di cardioverter defibrillatore (ICD) . Il trapianto cardiaco dovrebbe essere riservato a pazienti in cui il supporto circolatorio meccanico non è possibile o non è auspicabile per altre ragioni o per i pazienti che non recuperano dopo 6-12 mesi di supporto circolatorio meccanico. I pazienti con PPCM hanno una prognosi simile dopo il trapianto per i pazienti con DCM.¹⁷⁶

La terapia medica

Per il trattamento di insufficienza cardiaca cronica, lo stato di gravidanza del paziente è importante. La maggior parte delle pazienti con PPCM sono nel peri- o post-partum. Le donne che si presentano con PPCM **durante gravidanza** richiedono cure cardiache e ostetriche congiunte. Quando si prescrivono farmaci devono essere considerati i possibili effetti negativi sul feto . Nelle donne che presentano scompenso cardiaco avanzato con instabilità emodinamica deve essere presa in considerazione l'induzione del parto a prescindere dal periodo gestazionale. Appena avvenuto il

parto e la paziente è emodinamicamente stabile, può essere applicata la terapia standard per l'insufficienza cardiaca. Nelle pazienti con bassissima EF è consigliabile terapia anticoagulante immediatamente dopo il parto e una volta che il sanguinamento si è fermato, perché embolia periferica tra cui embolia cerebrale e trombi ventricolari sono frequenti nella PPCM 168. Questo è in parte dovuto alla maggiore attività procoagulante nella fase peripartum.177. L'insufficienza cardiaca devono essere trattati secondo le linee guida della scompenso .174 cardiaco acuto e cronico **Durante la gravidanza**, gli ACE-inibitori, ARB, e gli inibitori della renina sono controindicati a causa della tossici fetale.178,179 Quando sono necessari ACE-inibitori **durante l'allattamento** al seno, dovrebbe essere preferiti benazepril, captopril, enalapril. Hydralazine e nitrati possono essere utilizzati al posto di ACE inibitori / ARB per la riduzione del post-carico. Dopamina e levosimendan possono essere utilizzati se sono necessari farmaci inotropi. B-Bloccanti sono indicati per tutti i pazienti con insufficienza cardiaca, se tollerati.3, dovrebbero essere preferiti farmaci B1-selettiva (cioè metoprololo). Atenololo non dovrebbe essere usato.180 Dopo il parto i neonati devono essere sorvegliati per 24-48 ore per escludere l'ipoglicemia, bradicardia, e depressione respiratoria. I diuretici dovrebbero essere utilizzati con cautela solo se presente congestione polmonare in quanto possono diminuire il flusso di sangue alla placenta.169 Furosemide e idroclorotiazide sono i più frequentemente utilizzati. Gli Antagonisti dell'aldosterone dovrebbe essere evitato.181 nel primo trimestre lo spironolattone può essere associato effetti antiandrogeni. Mancano dati per eplerenone.

L'attività di coagulazione è aumentata durante la gravidanza .177 Nel contesto di PPCM con EF ridotta, deve essere considerato il trattamento con EBPM o anticoagulanti orali. L'anticoagulante è raccomandato nei pazienti con trombo intracardiaco o evidenza di embolia sistemica, 174 come nei casi d'insufficienza cardiaca e FA parossistica o persistente. EBPM o antagonisti della vitamina K sono raccomandati in base alla fase della gravidanza per prevenire stroke.142,174,182. quando viene utilizzata EBPM devono essere monitorati i livelli di anti-Xa.

Parto

Il parto vaginale è sempre preferibile se la paziente è emodinamicamente stabile e non ci sono indicazioni ostetriche per il cesareo. E' necessario uno stretto monitoraggio emodinamico. L'analgesia epidurale è preferita. Il parto pre-termine è stato riportato in 17% dei pazienti senza effetti negativi segnalati sul neonato.183

Il cesareo in anaestesia.184 spinale epidurale è raccomandato a prescindere dalla durata della gestazione in donne con insufficienza cardiaca avanzata ed emodinamicamente instabili nonostante il trattamento

L'allattamento al seno

Alcuni inibitori ACE (benazepril, captopril, enalapril) sono stati sufficientemente testato in donne che allattano e l'uso da parte della madre è sicuro. Il controllo del peso dei bambini .185 durante le prime 4 settimane è essenziale come indicatore d'insufficienza renale. Un recente studio prospettico pilota randomizzato supporta l'ipotesi che l'aggiunta di bromocriptina alla terapia dell'insufficienza cardiaca normale ha effetti benefici sulla EF ventricolare e l'esito clinico in donne con acuta e grave PPCM.186 Inoltre può essere presa in considerazione la sospensione dell'allattamento al seno a causa delle elevate richieste metaboliche della lattazione.

La prognosi e la consulenza per la gravidanza ripetute

I dati in tutto il mondo circa i tassi di mortalità variano da 0% al 9% nelle donne bianche della popolazione degli Stati Uniti fino al 15% e nelle afro-americane, nelle donne del Sud Africa e di Haiti. Non sono finora disponibili studi sistematici nei paesi europei. Nonostante il trattamento ottimale, un deterioramento funzione ventricolare sinistra è riportato nel 50% dei casi .187

Una successiva gravidanza comporta un rischio di ricorrenza di PPCM del 30-50% .169,175
Quando l'EF non si è normalizzata, una successiva gravidanza dovrebbe essere scoraggiata. Anche se l'EF è normalizzata vi è ancora il rischio di recidiva con una nuova gravidanza.

Farmaci per l'apparato cardiovascolare nell'allattamento materno :

I farmaci antiipertensivi, i diuretici, la digossina e i b-bloccanti possono essere assunti per lungo tempo dalla madre che allatta al seno senza che si abbiano effetti collaterali nel bambino. Nondimeno, è prudente scegliere quei farmaci presenti nel latte a livelli minimi.

Propranololo, digitale, metoprololo, captopril e diuretici, che sono acidi deboli (così come clorotiazide e idroclorotiazide), sono contenuti nel latte in basse concentrazioni.

Anticoagulanti: Warfarin e dicumarolo possono essere somministrati con cautela alle madri che allattano, ma possono provocare, a dosi molto elevate, emorragie; nei bambini molto piccoli, il dicumarolo può causare iperbilirubinemia, che può condurre al kernittero. L'eparina non passa nel latte.

VEDI ANCHE <http://www.farmaciegravidanza.gov.it/content/benvenuto-nella-sezione-dedicata-agli-operatori-sanitari>

