

PATOLOGIA ASOCIATĂ SARCINII. CARDIOPATIILE ȘI SARCINA.

Incidență: Bolile cardiace complica mai mult de 1% din toate sarcinile și acum reprezintă cauza principală a deceselor materne indirecte, însumând 20% din toate cazurile.

Factori de risc: Creșterea ratei bolilor cardiovasculare ce complică sarcina se datorează unui număr de cauze cum ar fi:

- Obezitatea
- Hipertensiunea arterială
- Diabetul

Fiziopatologie

În timpul sarcinii se produc o serie de modificări fiziologice hemodinamice, homeostazice și metabolice. Aceste modificări au rolul de a adapta organismul matern la nevoile fătului și ar putea interacționa cu metodele de diagnostic și terapia farmacologică.

Foarte important este că debitul cardiac crește cu aproximativ 40% în timpul sarcinii. Aproape jumătate din această creștere are loc la 8 săptămâni și este maximă la mijlocul sarcinii. Creșterea de la începutul sarcinii survine prin creșterea volumului bătaie care rezultă din scăderea rezistenței vasculare.

Mai târziu, pe parcursul sarcinii, crește frecvența cardiacă și volumul bătaie din cauza creșterii volumului ventricular diastolic final ceea ce rezultă din hipervolemia sarcinii.

Aceasta, împreună cu o creștere a frecvenței cardiace duce la creșterea debitului cardiac, care continuă să crească în timpul sarcinii până spre termen ajungând cu o medie de 40% mai mare.

Femeile cu boli cardiace în antecedente, nu se adaptează acestor schimbări ceea ce duce la disfuncție ventriculară și insuficiență cardiacă cardiogenă.

Un număr redus de femei cu insuficiență cardiacă pot prezenta simptome înainte de prima jumătate a sarcinii, pentru altele, simptomele apar după 28 săptămâni, fiind induse de sarcină, când hipervolemia și debitul cardiac ajung la maxim. Dar pentru cele mai multe femei, insuficiența cardiacă se dezvoltă peripartum atunci când travaliul și expulzia, sau alte patologii obstetricale determină încărcare cardiacă suplimentară. Între aceste patologii se includ preeclampsia, hemoragia, anemia și sepsisul.

Diagnosticul cardiovascular în sarcină

Are la bază anamneza, examenul clinic, electrocardiografia, ecocardiografia (inclusiv ecocardiografia trans esofagiană) și testarea de efort.

Adaptările fiziologice ale sarcinii normale pot induce simptome și semne clinice care s-ar putea atribui greșit diagnosticului bolilor cardiace. În timpul sarcinii normale, suflurile cardiace funcționale sistolice sunt comune, frecvența respiratorie este accentuată și uneori sugerează dispnee, edemul la nivelul extremităților inferioare ce apare după trimestrul II este frecvent, oboseala și intoleranța la efort se dezvoltă la cele mai multe femei gravide.

Indicatorii clinici ai bolilor cardiace în timpul sarcinii:

Simptome:

- Dispnee progresivă sau ortopnee
- Tuse nocturnă
- Hemoptizii
- Sincopă

- Dureri în piept

Semne clinice:

- Cianoză
- Degete hipocratice
- Distensia persistentă a venelor jugulare
- Murmur sistolic
- Suflu diastolic
- Cardiomegalie
- Aritmie persistentă

Clasificarea bolilor cardiace funcționale (NYHA) are în vedere limitările activității fizice din trecut și prezent și nu este influențată de semne fizice:

- Clasa I. *Necompromisă, nici o limitare a activității fizice*, nu sunt simptome de insuficiență cardiacă sau antecedente de durere anginoasă
- Clasa II. *Limitare ușoară a activității fizice*, nu sunt simptomatice în repaus, dar la activitate fizică obișnuită prezintă disconfort sub formă de oboseală excesivă, palpitații, dispnee sau dureri anginoase
- Clasa III. *Limitare marcată a activității fizice*, fără simptome în repaus, dar la cea mai mică activitate fizică prezintă oboseală excesivă, palpitații, dispnee sau dureri anginoase
- Clasa IV. *Incapacitatea activității fizice fără disconfort*, simptomele de insuficiență cardiacă sau angină se pot dezvolta chiar și în repaus.

Evaluarea fetală se bazează în principal pe ultrasonografie. Diagnosticul malformațiilor cardiace congenitale se poate realiza începând cu săptămâna 13 și ar trebui efectuat în cadrul familiilor cu istoric de boli cardiace. Velocimetria Doppler furnizează o metodă non-invazivă a statusului hemodinamic fetoplacentar. Testarea profilului biofizic fetal este indicată în sarcini cu alterare fetală prezentă. Aceste tehnici ar putea oferi indicații de continuare sau întrerupere a sarcinii.

Intervențiile invazive asupra mamei în timpul sarcinii ar trebui evitate, dar se pot realiza dacă sunt absolut necesare. Cel mai bun moment pentru angioplastia coronariană percutană este după luna a IV-a, în trimestrul II. Chirurgia cardiacă pentru salvarea vieții mamei se poate realiza între săptămânile 13 și 28 de sarcină. După 28 de săptămâni, ar trebui luată în considerare nașterea înainte de intervenția chirurgicală.

Clasificarea OMS a riscului bolilor cardiovasculare în sarcină:

OMS 1- riscul nu este mai mare decât în populația generală:

- Necomplicate, mici sau moderate:
 - Stenoză pulmonară
 - Defect de sept ventricular
 - Duct arterial patent
 - Prolaps de valvă mitrală cu regurgitare mitrală minoră
- Leziuni simple corectate cu succes:
 - Defect de sept atrial ostium secundum
 - Defect de sept ventricular
 - Duct arterial patent
 - Anomalie totală de întoarcere venoasă pulmonară
- Extrasistole ventriculare izolate și bătăi atriale ectopice

OMS 2- risc ușor crescut al morbidității și mortalității materne:

- Fără alte complicații:

- Defect de sept atrial neoperat
- Tetralogie Fallot operată
- Cele mai multe aritmii

OMS 2 sau 3- depinde de la caz la caz:

- Insuficiență ventriculară stângă moderată
- Cardiomiopatie hipertrofică
- Vulvopatii
- Sindrom Marfan fără anevrism de aortă
- Transplant cardiac

OMS 3- risc semnificativ crescut al mortalității materne sau a necesității asistenței de specialitate cardiologică sau obstetricală:

- Valvă mecanică
- Transpoziție de vase mari congenitală corectată cu procedeele Mustard sau Senning

- Stare post operație Fontan
- Boli cardiace cianogene
- Alte malformații cardiace congenitale complexe

OMS 3- Risc foarte crescut al mortalității sau morbidității materne, sarcina este contraindicată, se discută întreruperea sarcinii:

- Hipertensiunea arterială pulmonară
- Insuficiența ventriculară sistemică severă
- Cardiomiopatie peripartum în antecedente cu disfuncție reziduală a ventricolului stâng
- Obstrucție severă a inimii stângi
- Sindrom Marfan cu dilatație a aortei > 40mm.

Modalitatea nașterii ar trebui decisă de către o echipă medicală cu experiență. Modalitatea preferată este nașterea naturală, după un plan de naștere individualizat. Anestezia epidurală este cel mai adesea recomandată. Se monitorizează tensiunea arterială maternă și frecvența cardiacă maternă, deoarece anestezia epidurală poate duce hipotensiune.

Chirurgia cardiacă a deschis noi perspective gravidelor cardiopate, cu atât mai mult cu cât intervențiile se pot face și în timpul sarcinii, în primul trimestru de sarcină și având drept condiție lipsa oricăror manifestări asociate.

Cardiopatele operate și cele având proteze valvulare suportă bine sarcina. În cazul protezelor valvulare se indică heparinoterapie, deoarece preparatele orale traversează placenta și s-ar părea că sunt teratogene pentru făt.

Endocardita bacteriană

La ora actuală, se recomandă profilaxia endocarditei numai în cazul pacientelor cu risc înalt.

Nu este recomandată profilaxia antibiotică în timpul nașterii naturale sau al cezarienei.

Simptomele acesteia sunt variabile și se dezvoltă insidios: febră, frisoane, fatigabilitate.

Diagnosticul poate fi confirmat prin excluderea altor cauze care produc febră. Ecocardiografia poate pune diagnosticul uneori, dar o ecocardiografie negativă nu poate exclude endocardita.

Tratamentul se va face cu antibiotice conform antibiogramei (hemocultură), alături de un tratament cardiologic de susținere.