

PROTOKOLL I DIAGNOZËS DHE MENAXHIMIT TË ÇRREGULLIMEVE HIPERTENSIVE NË SHTATZËNI

*Konferenca konsensuale mbi hipertensionin në shtatzëni mbajtur në Tiranë,
më 28 Qershor 2003*

PËRKUFIZIME

Hipertension

- Presioni arterial diastolic (PAD) i barabartë ose mbi 110 mmHg në një matje të vetme.
- Presioni arterial diastolic (PAD) i barabartë ose mbi 90 mmHg në dy matje të njëpasnjëshme me distancë të paktën 4 orë.
- Presioni arterial sistolik (PAS) i barabartë ose mbi 140 mmHg në dy matje të njëpasnjëshme me distancë të paktën 4 orë.

Proteinuri

- 300 mg proteina ose më shumë, të eskretuar në urinën e 24 orëve.
- dipstick 1+ ose më shumë në dy porcione të pastra të urinës me distancë të paktën 4 orë.

KLASIFIKIMI

- Hipertension kronik,
- Hipertensioni gestacional,
- Pre-eklampsia / eklampsia,
- Pre-eklampsia e mbivendosur në HTA kronik.

HipertensionI kronik

- Presioni sistolik mbi 140 mmHg ose presioni diastolik mbi 90 mmHg, para javës së 20-të të shtatzënësisë dhe/ose pas javës 12-të postpartum.

Hipertensioni gestacional

- Hipertension i shfaqur për herë të parë pas javës së 20-të të shtatzënësisë te një grua normotensive më parë pa proteinuri.
- Është diagnozë që përcaktohet gjatë shtatzënësisë dhe pas lindjes:

- Pas shtatzënësisë, nëse preeklampsia nuk është e pranishme në momentin e lindjes dhe presioni diastolik kthehet në normë brenda 12 javëve pas lindjes, atëherë përcaktohet si hipertension gestacional kalimtar.

- Nëse ngritjet e presionit arterial persistojnë edhe pas javës 12-të postpartum përcaktohet si hipoertension kronik.

Preeklampsia

- Është sindrom specifik i shtatzënësisë.
- Presioni sistolik mbi 140 mmHg dhe/ose presioni diastolik mbi 90 mmHg, pas javës së 20-të të shtatzënësisë, te një grua normotensive më parë, e shoqëruar me proteinuri (ekskretim i 0.3 g proteina ose më shumë në urinën e 24 orëve).

Kriteret diagnostike të preeklampsisë së rëndë:

Preeklampsia konsiderohet e rëndë, nëse takohen një ose më shumë nga kriteret e mëposhtme:

- Presioni arterial sistolik i barabartë ose mbi 160 mmHg ose presioni arterial diastolik i barabartë ose mbi 110 mmHg, në dy matje me distancë të paktën 4 orë, ndërsa pacientja është e shtrirë anash.
- Ekstrem i 5g ose më shumë proteina në urinën e 24 orëve, ose dipstick 3+ në dy porcione të pastra, të rastësishme të urinës me distancë të paktën 4 orë.
- Oliguri me diurezë më pak se 500 ml në 24 orë.
- Edemë pulmonare ose cianoze.
- Alterime të funksionit hepatic.
- Turbullime vizive apo cerebrale.
- Dhembje në regjionin epigastrik apo hipokondrin e djathtë.
- Trombocitopeni.
- IUGR.

Eklampsia

- Prania e konvulsioneve të generalizuara gjatë shtatzënësisë, gjatë lindjes ose brenda 7 ditëve pas lindjes, duke përjashtuar epilepsinë ose çrregullime të tjera konvulsive.
- Shkaqe të tjera, përveç eklampsisë, përfshijnë

malformacion artero-venoz hemorragjik, aneurizma e rupturuar, ose çrregullim konvulsiv idiopatik. Këto janë më të mundshme kur konvulsionet ndodhin pas 48-72 orëve postpartum.

Preeklampsia e mbivendosur në HTA kronik

• S hfaqja e s henjave të t jera t ë l idhura m e preeklampsinë, pas javës së 20-të të shtatzënisë, te një grua me HTA kronik, si:

- Shfaqje e re e proteinurisë te një grua shtatzënë me hipertension, para javës së 20-të të shtatzënisë.
- Rritje e menjëhershme e proteinurisë nëse ka qenë më parë e [pranishme në gjysmën e parë të shtatzënisë.
- Rritje e menjëhershme e presionit arterial te një grua shtatzënë me hipertension kronik.
- Shfaqje e sindromi HELLP në një grua me hipertension kronik.
- Shfaqja e dhembjes së kokës, çrregullimeve vizive, dhembjes epigastrike te një grua shtatzënë, me hipertension kronik.

Si matet presioni arterial:

- Rekomandohet që ngritjet e presionit arterial (PA) të vlerësohen me të paktën dy matje të tij, në një interval prej 4 orësh. Kjo ka për qëllim që të pakësojë artefaktet dhe/ose ankthin e pacientes.
- Presioni arterial diastolik është presioni arterial kur zhduket zhurma (Korotkoff, faza V).
- Duhet përdorur fasheta me gjatësinë e duhur (1.5 x gjerësia e krahut).
- Matja bëhet me pacienten në pozicion ndenjur, pas një pushimi shtrirë prej të paktën 10 minuta, ose më shumë.
- Për pacientët në spital, mund të matet ose në pozicion ndenjur, ose në pozicion shtrirë në anën e majtë me krahun në nivelin e zemrës.
- Pacientja nuk duhet të përdorë kafe apo duhan për të paktën 30 minuta para matjes.
- Megjithë futjen në përdorim të paisjeve elektronike për matjen e PA-së sfingomanometri me zhivë mbetet aparati më i saktë.

Shtrimi në spital

I rekomanduar kur jemi përpara një:

- Hipertensioni gestacional pa proteinuri ose hipertensioni të paklasifikuar, me PAD 90-99 mmHg, me qëllim që:
 - Të përsëritën matjet e PA-së dhe të plotësohet pacientja me ekzaminimet e nevojshme biologjike,
 - Të vlerësohet mirëqënia fetale.

I domosdoshëm kur:

- PAS i barabartë ose > 150 mmHg dhe/ose PAD i barabartë ose > 100 mmHg,
- Proteinuria > 1 + me dipstick ose > 0.3g/l.
- Ka simptoma të pranishme si dhembje e fortë koke, dhembje epigastrike, çrregullime vizive ose të dëgjimit,
- Ka hipertension gestacional me proteinuri,
- Ka hipertension të mëparshëm me hipertension gestacional të mbivendosur,
- IUGR,
- Ka hipertension të mëparshëm, që duhet trajtuar, nëse observimi ambulator është i pamundur.

Transferimi në qendrat spitalore të nivelit të tretë, mbetet në varësi nga niveli i shërbimit neonatal lokal.

Monitorimi në preeklamsi:

- Për fetusin:
 - Rregjistrimi i RZF-VE -2 ose 3 herë në ditë.
 - Non stress test dhe/ose profil biofizik - çdo javë
 - Në IUGR dhe oligoamnios non stress testi dhe/ose profili biofizik, rekomandohen 2 herë në javë.
 - Lëvizjet fetale ditore (të ndjekura nga gruaja), mund të jenë të vlefshme.
 - ECHO për vlerësimin e rritjes fetale dhe sasinë e likidit amniotik -do 3 javë.
 - ECHO-Doppler të arteries umbilikale dhe/ose arteries cerebrale.
- Për nënën:
 - Matja e PA - 3 herë në ditë.
 - Rregjistrimi i peshës, diurezës, edemave - çdo ditë.
 - Proteinuria e porcionit - çdo ditë.
 - Observohet për shenja të hemorragjisë uterine (distako)
- Ekzaminimet biologjike:
 - Eritrocitet, trombocitet, hematokriti,
 - Kreatinina, acidi urik, haptoglobina, schizocitet,
 - Proteinat totale,
 - SGOT, SGPT, LDH, bilirubina, Indeksi i protrombinës, APT,
 - Proteinuria në diurezën 24 orë,
 - Urokulturë nëse ka proteinuri,
 - Antikorp të anti-AND, antikorp të antinukleare nëse ka shenja të prekjes ekstrarenale,
 - Jonograma në gjak, në urinë dhe/ose

referim te specialisti, nëse menddohet për prekje renale.

P.S. – Duhet të kihet parasysh që megjithëse mjaft ekzaminime laboratorike mund të jenë të dobishme në monitorimin dhe menaxhimin e PE, deri tani nuk ekziston ndonjë test parashikues i besueshëm për PE.

- Shtimi në peshë dhe edemat nuk konsiderohen si kritere diagnostike.
- Ekzaminimet biologjike në format e lehta të HG/PE, janë javore. Nëse progresi i sëmundjes është i dyshimtë atëherë përsëriten më shpesh.
- Monitorimi i pacientes me PE të rëndë larg termit, bëhet në spitale të nivelit të tretë. Ekzaminimet laboratorike dhe vlerësimi i fetusit në këtë rast, mund të indikohen çdo ditë, në varësi nga rëndesa dhe progresi i sëmundjes.
- Monitorizimi invaziv hemodinamik duhet kryer në pacientët me kardiopati të rëndë, sëmundje renale, hipertension refraktar, edemë pulmonare ose oliguri të pashpjegueshme.

A mund të ndiqet pacientja ambulatorisht?

Pacientja mund të dalë nga spitali nëse nuk ka PE (nuk proteinuri), kur PA normalizohet, me ose pa trajtim.

- Monitorimi në shtëpi:
 - o Matet: PA – 3 herë në javë nga personeli mjekësor,
 - o Proteinuria në diurezën 24 orë – 1 herë në javë,
 - o Proteinuria e porcionit çdo ditë,
 - o Vizita prenatale dhe ekografia fetale – çdo 2 javë,
 - o Nëse është e mundur, ECHO – Doppler i arteries umbilikale – çdo 2 javë.

Terapia antihipertensive në HG/PE e lehtë/moderuar:

- Qëllimi i mjekimit:
 - o Mbajtja e PAD ndërmjet vlerave 80-90 mmHg, për të mos shkaktuar hipoperfuzion placentar.
- Medikamentet e linjës së parë:
 - o Alpha-metildopa 500 mg x 2, deri në 500 mg x 4/ditë,
 - o Nicardipina (Loxene) 20 mg x 3, deri 500 mg x 2/ditë,
- Medikamentet e linjës së dytë:
 - o Nifedipina 20 mg – 40 mg x 2/ditë (me veprim të zgjatur), Labetalol 200-600 mg x 2 deri x 3/ditë,

- o Pindolol 5 mg – 15 mg x 2/ditë,
- o Oxprenolol 20 – 80 mg x 2 deri x 3/ditë,
- o Hidralazina 10 mg – 50 mg x 2 deri 4/ditë.

• Medikamentet e linjës së tretë:

- o Clonidina 0.05 – 0.2 mg x 2 deri 4/ditë,
- o Alfa-metildopa +një medikament i linjës së dytë.

• Indikacione të veçanta:

- o Diuretikët vetëm në rast të sëmundjeve kardiake ose renale.

• Të kundërlinduar:

- o ACE - inhibitorët,
- o Antagonistët e receptorëve të konvertazës.

• Kujdes:

- o Fetusin dhe të porsalindurin e nënës që merr atenolol, acetobulol ose metoprolol, pasi duhen observuar për shenja të β – bllokut,
- o Në disa raste të përdorimit të dozave të larta të antihipertensivëve ose kur PAD gjatë terapisë ka qenë shumë i ulët, është referuar vuajtje fetale nga hipoperfuzioni placentar. Është

Terapia antihipertensive në HG/PE e rëndë:

- Qëllimi i mjekimit:
 - o Të mbahet niveli i PAD ndërmjet 80-90 mmHg dhe jo më poshtë.
 - o Rënia e PA-së gjatë terapisë duhet të arrihet gradualisht.
 - o Rënia e menjëhershme e PA-së mund të shkaktojë vuajtje fetale.
- Pacientja transferohet në bllokun e lindjes.
- Medikamentet:
 - o Hidralazina: doza 5-10 – mg i.v. çdo 15-20 minuta deri sa të arrihet efekti i dëshirueshëm. Labetaloli: 20 mg bolus i.v, i ndjekur nga 40 mg nëse nuk është i efektshëm brenda 10 minutash, pastaj 80 mg çdo 10 minuta deri në dozën maksimale totale 220 mg.
 - o Nicardipina: 2 ampula 10 mg – 10 ml (të holluara në 20 ml sol.fiziologjik). Fillohet trajtimi me 2 ml ose 1 mg/orë. Modifikohet doza çdo 30 minuta në varësi nga PA. Për PAS.160 mmHg dhe/ose PAD.100mmHg shtohet 1 mg/orë. Për PAS 120-160 mmHg doza nuk ndryshon. Për PAS,120 mmHg dhe/ose PAD,80 mmHg, pakësohet doza me – 1 mg/orë. Nuk jepen më shumë se 8 ml/orë ose 4 mg/orë. Në këtë rast induktohet lindja.
 - o Nifedipina (Adalati): 10 mg oral, çdo 2-3 orë.
- Kujdes:
 - o Të mos përdoret nifedipina nëse është duke u përdorur dhe $MgSO_4$.
 - o Gjatë fazës fillestare të trajtimit të hipertensionit të rëndë kontrollohen RZF dhe PA çdo 5 minuta.

Menaxhimi i hipertensionit gestacional/ preeklampsisë:

- Trajtimi i vetëm përfundimtar i HG/PE është *lindja*, por mënyrat e menaxhimit duhet të marrin parasysh moshën gestacionale dhe përfitimet e fetusit nga zgjatja e jetës intrauterine.
- Antihipertensivet rekomandohen për hipertensionin e rëndë, por vlera e tyre për trajtimin hipertensionin e lehtë/moderuar është e paqartë.
- Trajtimi farmakologjik i HG/PE fillon në vlera PAD > 99 mmHg dhe/ose PAS > 149 mmHg.
- Administrimi i $MgSO_4$ sipas protokollit rekomandohet:
 - o Në PE e rëndë, për profilaksinë n daj konvulsioneve.
 - o Në eklampi për trajtimin e konvulsioneve dhe prevenimin e rekurencave.
- Menaxhimi pa medikamente mund të konsiderohet për PAS 140- 149 mmHg dhe/ose PAD 90-99 mmHg, në mungesë të faktorëve të rrezikut për nënën dhe fetusin. Kjo mënyrë menaxhimi duhet të kryhet në spital.
- Vendimi për të lindur një paciente me PE duhet të balancojë rreziqet e të dyve: të nënë edhe të fetusit.
- Qëndrimi pritis me monitorim të gjendjes nënë/fetus rekomandohet në gruan me fetus preterm, vetëm nëse ajo ka PE të lehtë.
- Në PE jo të rëndë (lehtë/moderuar), për moshën gestacionale ndërmjet 28-34 javë, rekomandohet terapia konservative, nën monitorimin e gjendjes nënë-fetus, për ta ndërprerë shtatzëninë në rast rëndimi të gjendjes, pas profilaksisë me kortikosteroide.
- Për pacientët me PE të lehtë, në term, preferohet lindja në rrugë vaginale.
- Në PE e rëndë, për moshën gestacionale nën 28 javë, induktohet lindja.
- Në PE e rëndë, për moshën gestacionale ndërmjet 28-34 javë, induktohet lindja, në funksion të gjendjes nënë/fetus, pas profilaksisë me kortikosteroide.
- Në PE e rëndë, pas moshës gestacionale 34 javë, induktohet lindja.
- Për pacientët me PE të rëndë dhe eklampi, nuk është përcaktuar mënyra optimale e lindjes. Vendimi për të kryer sectio-cesarea duhet të individualizohet, sipas indikacioneve obstetrikale dhe gjendjes nënë/fetus.

- Lindja programohet në ambjente të përshtatshme, për të përballuar komplikacionet e mundshme nënë-fetus.

Menaxhimi i eklampsisë:

Eklampsia konsiderohet urgjencë dhe kërkon ndërhyrje të menjëhershme.

- Shtrihet pacientja dhe kthehet anash, për të lënë të lira rrugët e frymëmarrjes. Aspirohet nëse shihet e arsyeshme.

Ndjekja postpartum

- Të gjitha gratë që kanë zhvilluar HG/PE kërkojnë ndjekje të kujdesshme për shfaqjen e mundshme të eklampsisë dhe IRA deri në 7 ditë pas lindjes.
- Është e nevojshme të verifikohen në distancë zhdukja e shenjave të HG/PE (deri 12 javë pas lindjes).
- Në rast të persistimit të shenjave, është e nevojshme të kryhen ekzaminime radiologjike dhe/ose biopsi renale.

Terapia postpartum

- Indikacionet
 - o Hipertension i rëndë,
 - o Simptoma të pranishme,
 - o HG me PAD > 99 mmHg 3 ditë pas lindjes dhe dëmtim i organeve shenjë,
- Medikamentet
 - o Methuldopa,
 - o Nifedipine,
 - o Timolol,
- Trajtimi në prani në HTA të mëparshëm
 - o Injektiv me gratë jo shtatzënë.

Prevenimi i PE

- Nuk rekomandohen modifikimet e dietës apo kufizimi i kripës.
- Rekomandohet aktiviteti i kufizuar, nuk justifikohet regjim i rreptë shtrati.
- Duhet shmangur alkooli dhe duhani.
- Nuk rekomandohen shtesa me magnesium, zink, vaj peshku.
- Nuk rekomandohen aspirina me doza të ulta, zmadhuesit e vëllimit plazmik.
- Nuk rekomandohet rënia në peshë për prevenimin e PE-së.
- Shtesa në dietë e kalciumit, vitamin C dhe E mund të jenë të vlefshme, por janë në studim e sipër.

Orion Gliozheni
**Shef Departamenti i Obstetrikë-
 Gjinekologjisë**