

# **LA PATOLOGIA IPERTENSIVA NELLE GRAVIDANZE DELLE DONNE AFFETTE DA MALATTIE AUTOIMMUNI SISTEMICHE**

*Beatrice Berluti, Andrea Luigi Tranquilli, Maria Giovanna Danieli  
Sezione di Clinica Ostetrica e Ginecologica  
Istituto di Scienze Materno-Infantili  
Università Politecnica delle Marche, Ancona*

## ***Seconda parte***

Nel precedente articolo (prima parte) è stato spiegato il significato di ipertensione arteriosa sistemica e di pre-eclampsia.

Facendo un rapido sunto, si è detto che l'ipertensione arteriosa sistemica è il prodotto della forza che il cuore deve sviluppare per far giungere sangue, e quindi ossigeno, energia, a tutti i tessuti dell'organismo, e della resistenza che incontra per farlo, mentre la pre-eclampsia è una forma di ipertensione gestazionale (Pregnancy-Induced Hypertension, PIH), cioè di ipertensione arteriosa sistemica propria della gravidanza perché conseguente ad una placentazione incompleta o imperfetta, caratterizzata, accanto agli elevati valori pressori, da proteinuria significativa (proteine eliminate con le urine nell'arco delle 24 ore  $\geq$  300 milligrammi).

L'ipertensione arteriosa sistemica in circa il 90% dei casi è dovuta ad una causa sconosciuta (forma essenziale), mentre nel restante 10% dei casi è conseguente ad una patologia sistemica o d'organo (forma secondaria), il più delle volte ad una nefropatia.

La pre-eclampsia è solo una forma di ipertensione gestazionale (PIH): esistono anche l'eclampsia, caratterizzata da attacchi convulsivi, e la sindrome HELLP, definita dalla presenza di segni di emolisi, ipertransaminasemia e piastrinopenia.

In questo articolo si intende spiegare l'importanza, in termini di frequenza e morbosità, della patologia ipertensiva nelle gravidanze delle donne affette da malattie autoimmuni sistemiche. Vengono inoltre dati dei brevi cenni su quale sia il modo più opportuno per gestire queste gravidanze, argomento che sarà trattato nei dettagli nel prossimo articolo.

Va precisato che le considerazioni che verranno fatte si riferiscono soprattutto al Lupus Eritematoso Sistemico (LES), poiché questa è la connettivite che colpisce con maggior frequenza i soggetti di sesso femminile e di giovane età, che sembra non interferire sulla capacità di procreare, e che può insorgere, riaccendersi o aggravarsi nel corso della gravidanza.

## ***Quanto è frequente?***

Da eminenti studi condotti su ampie popolazioni di pazienti, risulta che le gestanti affette da malattie autoimmuni sistemiche corrono un rischio di sviluppare ipertensione arteriosa sistemica secondaria, solitamente a nefropatia, ed ipertensione gestazionale, in particolare pre-eclampsia, maggiore rispetto alle gestanti sane. In particolare, nelle donne con Lupus Eritematoso Sistemico in gravidanza il rischio di sviluppare ipertensione arteriosa sistemica secondaria a nefropatia supera il 50%, quello di pre-eclampsia può raggiungere il 40%, mentre

il rischio di sviluppare pre-eclampsia sovrapposta ad ipertensione arteriosa sistemica si attesta intorno al 30%.

#### *Quando compare?*

Va infatti tenuto presente che le due condizioni patologiche non si escludono a vicenda, e che anzi possono coesistere nella stessa donna, fermo restando che, come già detto più volte, l'ipertensione arteriosa sistemica è perlopiù dovuta ad una nefrite, e pertanto si realizza nelle pazienti che affrontano la gravidanza in una fase attiva della malattia o in un periodo non sufficientemente lontano da questa, la pre-eclampsia, invece, è caratteristica della gravidanza e si realizza soprattutto nelle pazienti che presentano positività per gli anticorpi anti-fosfolipidi, cioè anti-cardiolipina (aCL) e lupus anti-coagulant (LAC).

#### *Quanto è grave?*

Ad entrambe queste condizioni si associano, come già accennato nel precedente articolo, un maggior tasso di morbilità e mortalità, sia materno che fetale, rispetto alle gravidanze di donne sane.

In particolare, la madre può andare incontro ad un deterioramento rapido, e a volte irreversibile, delle funzionalità d'organo, e alla morte nei casi, fortunatamente rari, di insufficienza renale severa e non controllata.

Per il feto, la morbilità può esprimersi con rallentamento della crescita intrauterina (Intra-Uterine Growth Retardation, IUGR), basso peso alla nascita (Small for Gestational Age, SGA) e parto pretermine, definito dalla scomparsa e/o dilatazione del collo dell'utero associata ad un aumento della contrattilità uterina prima della 37<sup>a</sup> settimana di gestazione. La mortalità fetale, invece, può esprimersi con aborto spontaneo, se l'età gestazionale è inferiore alle 20 settimane o il peso del feto è al di sotto dei 500 grammi, morte in utero dopo la 20<sup>a</sup> settimana di gestazione, morte alla nascita o nel periodo neonatale, che è il primo mese di vita extra-uterina.

#### *Cosa si può fare?*

E' doveroso precisare che quanto asserito non significa che le donne con malattie autoimmuni sistemiche non possano avere figli o che le loro gravidanze saranno sicuramente "patologiche": piuttosto è un invito a programmare il momento del concepimento in una fase quiescente della malattia e in assenza di un grave coinvolgimento di uno o più organi, e suggerisce l'opportunità di sorvegliare in un modo specifico e con una certa periodicità queste donne ed i loro figli.

In generale, è necessario monitorare l'attività della malattia materna ed il benessere fetale durante la gravidanza.

Il primo obiettivo si raggiunge attraverso il dosaggio dei livelli sierici degli autoanticorpi specifici per la stessa malattia e la valutazione di altri parametri di laboratorio che possono modificarsi nel corso di questa; il secondo obiettivo è raggiunto tramite controlli ecografici, per valutare la crescita fetale, e cardiotocografici, per valutarne l'attività cardiaca.

Ovviamente, poi, se il quadro clinico, laboratoristico e/o strumentale lo richiede, è necessario instaurare una terapia medica adeguata o modificare, in termini di tipologia e posologia, il trattamento eventualmente già in corso.

Infine, per il parto, vanno decisi il timing ed il tipo, cioè il momento ed il modo più opportuni per garantire alla madre ed al figlio il miglior stato di salute: il controllo della malattia, in particolare delle manifestazioni ipertensive, alla madre, e la vita e la vitalità al bambino.

