



## Induzione del parto nella pre-eclampsia lieve

**Data** 28 aprile 2010  
**Categoria** ginecologia

Dopo la 37° settimana di gestazione l'induzione del parto nei casi di pre-eclampsia lieve migliora gli esiti materni e impedisce il progredire della malattia.

In questo studio multicentrico, in aperto, sono state arruolate 756 donne alla 36°-41° settimana di gestazione che avevano un'ipertensione gestazionale oppure una pre-eclampsia lieve. Le pazienti sono state randomizzate a due strategie diverse: induzione del parto o vigile attesa.

L'end-point primario era composto da mortalità materna o morbilità materna (eclampsia, sindrome HELLP, edema polmonare, tromboembolismo, distacco di placenta), progressione ad ipertensione o proteinuria gravi, emorragia post-partum grave (perdita di più di 1 litro di sangue). L'analisi dei risultati è stata eseguita secondo l'intenzione a trattare.

L'end point primario si verificò nel 31% del gruppo induzione del parto e nel 44% del gruppo controllo (RR 0,71; 95%CI 0,59-0,86,  $p < 0,0001$ ). Non si sono registrati casi di decessi materni o fetali o di eclampsia. Circa il 50% delle donne randomizzate a vigile attesa furono sottoposte ad induzione del parto.

Gli autori concludono che nelle donne con pre-eclampsia lieve alla 37° settimana di gestazione od oltre l'induzione del parto migliora gli esiti clinici.

### Fonte:

Koopmans CM et al for the HYPITAT study group. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. Lancet 2009 Sept 19; 374:979-988

### Commento di Renato Rossi

Secondo la classificazione più seguita i disordini ipertensivi in gravidanza vengono suddivisi come schematizzato nella tabella che segue.

#### [b]Ipertensione gestazionale[/b]

Pressione arteriosa  $\geq 140/90$  mmHg che compare per la prima volta in gravidanza e che ritorna normale entro la 12° settimana dal parto. Assenza di proteinuria.

#### [b]Ipertensione cronica[/b]

Pressione arteriosa  $\geq 140/90$  mmHg pre-esistente alla gravidanza o che compare in gravidanza prima della 20° settimana e non può essere attribuita a patologia trofoblastica oppure che compare dopo la 20° settimana e che non ritorna normale entro la 12° settimana dal parto.

#### [b]Pre-eclampsia[/b]

Pressione arteriosa  $\geq 140/90$  mmHg che compare dopo la 20° settimana di gestazione in una donna con valori in precedenza normali e con proteinuria ( $> 0,3$  grammi /24 ore). L'edema non è più considerato un criterio diagnostico.

#### [b]Pre-eclampsia grave[/b]

Presenza di uno o più dei seguenti segni e/o sintomi in una gravida con pre-eclampsia: PAS  $> 160$  mmHg e/o PAD  $> 110$  mmHg in almeno due occasioni a distanza di almeno sei ore, proteinuria  $> 5$  grammi /24 ore, edema polmonare, diuresi  $< 400$  mL/24 ore, cefalea persistente, dolore epigastrico, alterazione dei test epatici, trombocitopenia, ridotto sviluppo fetale.

#### [b]Eclampsia[/b]

Comparsa di convulsioni non attribuibili ad altre cause in gravida con pre-eclampsia

I fattori di rischio associati alla pre-eclampsia sono molti. Ricordiamo tra gli altri: anomalie cromosomiche, mole idatiforme, idrope fetale, gravidanza multigemellare, infezioni urinarie, età materna  $> 35$  anni o  $< 20$  anni, storia familiare o personale di pre-eclampsia, nulliparità, diabete gestazionale, diabete tipo 1, obesità, ipertensione cronica pre-esistente alla gravidanza, stati trombofilici, nefropatie.

Il trattamento della pre-eclampsia lieve dipende essenzialmente dall'epoca della gestazione.

Prima della 37° settimana di solito si preferisce una vigile attesa, preferibilmente con ospedalizzazione della paziente per poter monitorare l'evoluzione del quadro clinico. Il parto viene consigliato a partire dalla 34° settimana se si verifica rottura delle membrane, sofferenza fetale, progressione verso una forma più grave.



Nei casi di gravide alla 37° settimana od oltre si consiglia l'induzione del parto per ridurre il rischio di progressione verso forme più gravi di ipertensione/proteinuria oppure verso una vera eclampsia. Di solito, se possibile, è preferito il parto per via vaginale, a meno che non esistano indicazioni ostetriche che orientano verso il taglio cesareo.

Gli autori dello studio recensito in questa pillola sono partiti dalla constatazione che esistono poche evidenze su quale sia il comportamento preferibile nella pre-eclampsia lieve dopo la 37° settimana. I risultati parlano chiaro: l'induzione al parto riduce gli esiti negativi e dovrebbe essere il trattamento di scelta. Tra l'altro nel gruppo randomizzato ad induzione del parto si ebbe un minor numero di tagli cesarei, anche se la differenza non raggiungeva la significatività statistica. Rimane il dubbio di cosa fare nel periodo tra la 36° e 37° settimana in quanto in in questo caso non si è notato alcun effetto benefico dell'induzione del parto rispetto alla vigile attesa.