FAKULTNÍ NEMOCNICE® OLOMOUC

Lékařská fakulta
Univerzita Palackého v Olomouci

KOMPLEXNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ CENTRUM
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

Peripartální kardiomyopatie

Marie Lazárová

I. interní klinika kardiologická FN Olomouc

Peripartální kardiomyopatie

Vzácná forma srdečního selhání

Neischemická KMP asociovaná s peripartálním obdobím

Peripartální kardiomyopatie

Dle guidelines ESC (r. 2011)

– bez jednoznačné časové definice

-HF na konci těhotenství a v následujících měsících po porodu v případě, že se nenajde jiná příčina srdečního selhání

-dg. per exclusionem

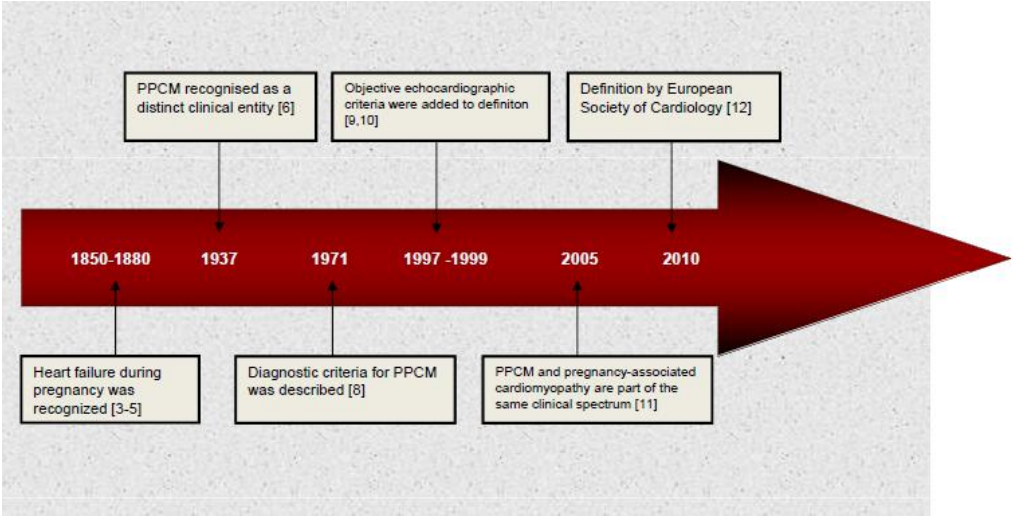
PPCM - historie

První zmínky v 19. století

1937 Gouley et al. „pospartal heart failure“

1971 Demakis et al.- PPCM – dg. kriteria (poslední měsíc těhotenství a 5M po porodu)

ESC Guidelines z r. 2011 ruší časovou specifikaci diagnostiky



Bieteker et al., 2014

Peripartální kardiomyopatie

Incidence – nejednoznačná- chybí systematická hlášení, významné poddiagnostikování nebo chybná diagnóza

.. ale narůstá.. lepší diagnostika?, větší výskyt rizikových faktorů?...

USA – 1:1000-4000 těhotenství

Nigerie, Haiti – 1:100-300 těhotenství

Jižní Afrika 1:1000 těhotenství

Bello et al., Circulation 2014

PPCM - prognóza

Mortalita v USA 5-15%

Ženy afrického původu mortalita až 20%

Haiti – 25% pacientek umírá do 5 let

4% HTx u žen v USA je pro PPCM

Bello et al., Circulation 2014

PPCM - prognóza

Recovery do normální EF LK - 50% případů (nejčastěji do 6M od dg.)

Závisí na vstupní tíži onemocnění (LVEDD, LVEF, troponin, BNP…)

Přetrvává vysoké riziko rekurence PPCM v dalších těhotenstvích

Prediktory nepříznivé prognózy

Zvýšený věk matky, multiparita, pozdní diagnóza, dilatace LK, EF LK ≤ 30%, pozitivita troponinu, LV trombus)

PPCM - Rizikové faktory

Multiparita

Vícečetné těhotenství

Vyšší věk matky

Preeklampsie

Gestační hypertenze

Africký původ

Malnutrice

Abusus kokainu

PPCM - etiologie

Stále nejasná

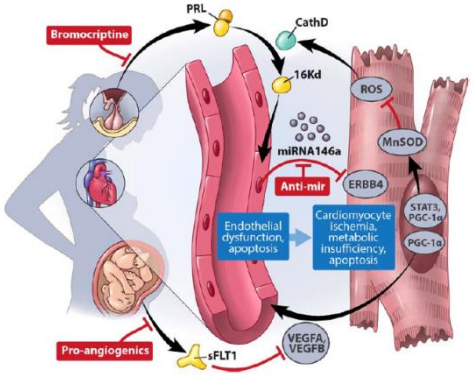
Testováno mnoho hypotéz –

myokarditida, autoimunitní onemocnění (fetální antigeny),

fetální mikrochimerismus

PPCM jako vaskulární a hormonální onemocnění

genetika



Prolaktin

Deficience STAT3 (transkripční faktor), zvýšená aktivita ROS, zvýšená koncentrace Katepsinu D, rozkládá prolaktin na

16-kD fragment =>

Potentní vaskulotoxický protein

Způsobuje apoptózu endoteliálních buněk

Placentární kardiotoxické působky

sFlt1 (tyrosin kinasa 1)

Významné zvýšení u preeklampsie

25% PPCM sdruženo s preeklapmsií
68% PPCM spojeno s gestační hypertenzí či preeklampsií

Arani et a., Circulation 2016

PPCM - genetika

PPCM vnímána jako negenetická forma KMP

- Ale prokázán i rodinný výskyt
- Ženy s PPCM z rodin s familiární formou DCMP
- Obdobné genetické mutace jako u DCMP
- „genetické“ PPCM mají nižší šanci na recovery

PPCM – Klinický obraz

Typické příznaky HF (dyspnoe, ortopnoe, PND, kašel, otoky, únava)…

Wet and warm .. nejčastěji

hůře odlišitelné od průvodních potíží

v rámci vyšších stupňů těhotenství

PPCM - diagnostika

Natriuretické peptidy, troponin (míra postižení myokardu, prognóza)

Echokardiografie (EF LK ≤ 45%, LVEDD může být v normě)

MR (**LV trombus**, trabekularizace?.., fyziologicky v těhotenství?, Gadolinium KI v těhotenství)

EBM (nález myokarditidy, četnost se velmi liší – 9-62%)

Skg (dif. dg.., možná prezentace PPCM jako embolizační IM)

PPCM dif dg.

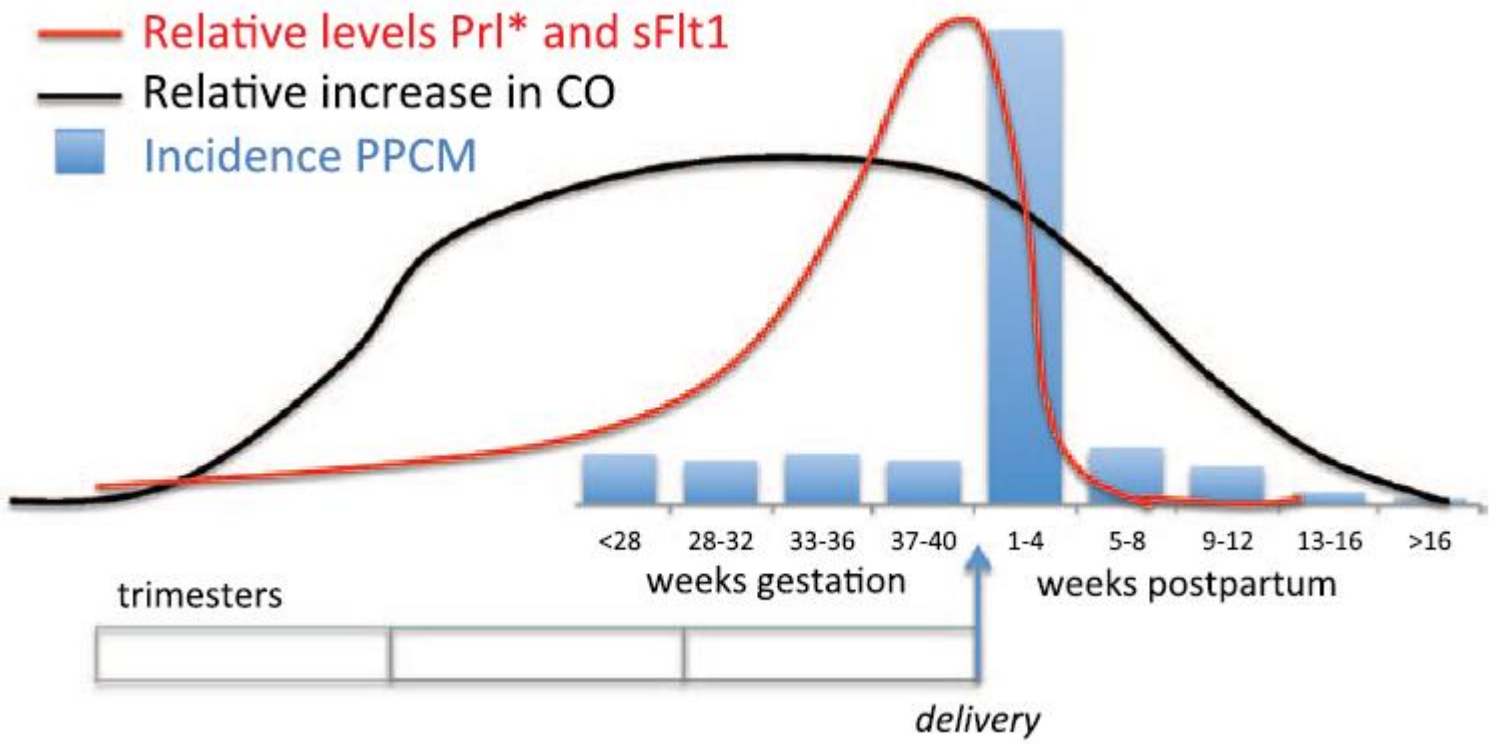
Hemodynamické změny v těhotenství (zvýšení TF, SV, CO - konec 1. a začátek 2. trimestru)

=> typické období manifestace preexistujících kardiálních onemocnění

v.s.

PPCM – poslední měsíc před porodem, postpartální perioda

80% případů PPCM do 3M po porodu



Arany et. Al., Circulation 2016

PPCM - terapie

Akutní a chronická forma

Neliší se od standardní terapie HF, nutno zohlednit peripartální období

Není žádná specifická terapie PPCM

Přístrojová terapie (ICD, CRT) - indikace dle Guidelines, evaluace po 6M OMT

PPCM – terapie

ACEI, ARB – KI v těhotenství, možno použít hydralazin, nitráty

Betablokátory – doporučeno

(metoprolol)

Spironolakton – spíše ne, antiandrogenní aktivita

Pro eplerenon nejsou data

Diuretika v těhotenství opatrně, snížení placentárního průtoku

PPCM – terapie

Antikoagulace – těhotenství a období po porodu se zvýšeným rizikem TEN (4-10x), zvážit antikoagulaci zejm. u těžších dysfunkcí LK (warfarin, LMWH)

LVADs – málo dat, ale vzhledem k pozdní recovery preferabilní

Indikace k **Htx** pokud není možnost LVAD, nebo pro pacientky, kde po 6-12M na LVAD nedošlo k recovery

PPCM – terapie - výzkum

Bromokriptin – dopaminergní D2 agonista,inhibitor sekrece prolaktinu

Studie na myších s efektem

(kompletní reverze PPCM)

Malé nezaslepené studie z jižní Afriky- kompletní remise a žádné úmrtí

Observační registr v Německu- zlepšení echo parametrů (2015)

CAVE! Zvýšení KV morbidity po bromokriptinu (HN, IM, CMP

Pentoxifyllin, imunoglobuliny

Porod

U 17% pacientek předčasný porod

U hemodynamicky stabilních možno rodit vaginálně

Hemodynamická monitorace doporučena

Kojení

Není doporučeno nekojit, pouze u hemodynamicky nestabilních pacientek

Medikace

ACEI – spíše ne, pokud indikujeme, tak (captopril), enalapril - nutná monitorace funkce ledvin novorozence, obava z hypotenze

Spironolakton – také spíše nedoporučen

PPCM – Riziko následných těhotenství

Následné těhotenství – riziko rekurence 30-50%

Další těhotenství možno doporučit u pacientek s normalizovanou EF LK a normální zátěžovou echokardiografií

PPCM – délka terapie

I u pacientek s plnou recovery není jasné, zda můžeme HF medikaci ukončit

Popisovány pozdní relapsy onemocnění

Každopádně vhodný dlouhodobý kardiologický FU

Závěr

PPCM jako vzácná forma reverzibilní neischemické KMP

Hypotéza vaskulární a hormonální etiologie onemocnění

Specifická terapie zatím není

Vysoké riziko TEN

Rekurence v dalších těhotenstvích

Závěr

Nutná mezioborová spolupráce

Včasný záchyt onemocnění, včasná terapie => zlepšení prognózy pacientek

Typické symptomy=> natriuretické peptidy => echokardiografie