

PREVALÊNCIA DE FENÓTIPOS HIPERTENSIVOS APÓS PRÉ-ECLÂMPSIA – UM ESTUDO PROSPECTIVO DE COORTE

PREVALENCE OF HYPERTENSIVE PHENOTYPES AFTER PREECLAMPSIA A PROSPECTIVE COHORT STUDY

Hypertension. 2018 Jan;71(1):103-109.

Agnès Ditisheim, Grégoire Wuerzner, Belen Ponte, Yvan Vial, Olivier Irion, Michel Burnier, Michel Boulvain, Antoinette Pechère-Bertschi

Comentários: Maria Elizabeth Navegantes Caetano Costa e Regina Coeli Marques de Carvalho²

RESUMO DO TRABALHO

O objetivo deste estudo prospectivo de coorte foi caracterizar o perfil de pressão arterial (PA) em 115 mulheres com pré-eclâmpsia (PE) e em 41 mulheres normotensas (NP), após 6 a 12 semanas do parto. Foi avaliada a prevalência de diferentes fenótipos hipertensivos utilizando a monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA) e o risco de sensibilidade ao Sal (RSS) nessa população. A monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA) seguiu as recomendações da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH - European Society of Hypertension Guidelines).¹ Foram coletados para análise os seguintes exames laboratoriais: creatinina plasmática, a relação albumina/creatinina em amostra de urina e o clearance de creatinina pela fórmula da CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*). A avaliação do Risco de Sensibilidade ao Sal (RSS) foi estimada pela fórmula de Castiglioni et al.², utilizando o Índice de Sensibilidade ao Sódio (ISS). De acordo com o ISS, as pacientes foram estratificadas em três classes de RSS em associação com a MAPA: Baixo risco, as *dippers* e com frequência cardíaca média (FCm) de 24 horas ≤ 70 bpm; alto risco, não-*dippers* e frequência cardíaca de 24 horas de > 70 bpm e risco intermediário, quando na presença das combinações restantes, ou seja, *dippers* com frequência cardíaca > 70 bpm ou não-*dippers* com frequência cardíaca ≤ 70 bpm.

No momento da avaliação, a PA no consultório foi significativamente mais elevada nas PE do que nas NP ($130,4 \pm 14,1 / 107,7 \pm 10,3$ mmHg x $89,7 \pm 69,2 \pm 9,0$ mmHg; $p < 0,01$). No grupo das PE, 57,4% (66/115) estavam hipertensas, das quais 28 mulheres (24,3%) em terapia anti-hipertensiva (labetalol ou nifedipina) e 41,7% eram albuminúricas. Nas 28 mulheres PE em tratamento com anti-hipertensivos, apenas 14,3% (4/28) estavam com a hipertensão arterial controlada enquanto 50% (14/28) não controlada.

A prevalência de Hipertensão do Jaleco Branco (HJB) foi significativamente maior no grupo PE (17,9%) em comparação com as NP (2,8%; $p < 0,01$). A Hipertensão Mascarada (HM)

também foi mais frequente no grupo PE (11,6%) do que no grupo controle (0,0%; $p < 0,01$). Em 13,0% dos pacientes com albuminúria e em 10,6% mulheres não-albuminúricas ($p = 0,6$) tinham HM. No grupo PE encontramos 40,2% (43/107) *dippers*, 45,8% (49/107) *nondippers*, 3,7% extremos *dippers* e 10,3% inversão pressórica vigília-sono (*reverse dippers*). No grupo NP, 48,6% (16/35) *dippers*, 40,0% *nondippers*, mas com os níveis tensionais dentro da normalidade, 11,4% eram *dippers* extremos. Em 48,6% das mulheres PE, o índice de RSS foi elevado, classificando-as como de alto RSS, em comparação com apenas 17,1% no grupo NP ($p < 0,01$).

Em conclusão, a MAPA seis a 12 semanas após o parto revela uma alta taxa de hipertensão ambulatorial, noturna e mascarada após pré-eclâmpsia.

COMENTÁRIOS

Os transtornos hipertensivos induzidos pela gravidez, incluindo hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia podem causar hipertensão no período pós-parto. Não raro, a PA permanece elevada após o parto. A investigação de hipertensão arterial no pós-parto se restringe, em sua grande maioria, à pré-eclâmpsia no puerpério imediato (dois-seis dias) ou em puérperas readmitidas por pré-eclâmpsia-eclâmpsia tardia.³ A incidência de pré-eclâmpsia tardia no pós-parto (até seis semanas após o parto) é aproximadamente 6%.⁴

A hipertensão no puerpério tardio pode estar relacionada com a persistência da hipertensão gestacional (GH), até 12 semanas de pós-parto, ou devido à existência de hipertensão arterial crônica não diagnóstica antes da gestação ou a causas secundárias como a Síndrome de *Cushing*, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, hipertireoidismo e de patologias renais.⁵

O principal achado do estudo de Ditisheim et al.⁶ é de que as mulheres com PE tiveram alta prevalência de persistência de elevação dos níveis tensionais na MAPA, após seis a 12 semanas do parto. É o primeiro estudo utilizando a MAPA no pós-parto. A HM foi encontrada apenas em mulheres com pré-eclâmpsia (11,6%) e 13% dos pacientes

1. Cardio Diagnóstico, - Belém/PA, Brasil.

2. Serviço de Cardiologia e Hipertensão do Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

com albuminúria tinham HM. A HM tem sido associada a um maior risco cardiovascular em longo prazo e uma taxa aumentada de dano aos órgãos-alvo.⁷ A alta prevalência de não-*dippers* em ambos os grupos poderá estar relacionada com a amamentação e de sua interferência na qualidade do sono noturno, apesar de que esta conclusão deva ser interpretada com cautela.

A pressão arterial é o principal determinante da excreção urinária noturna de sódio. Em pessoas saudáveis, a excreção de sódio atinge a um máximo durante o dia e um mínimo

à noite durante o sono⁸ e em hipertensos, a maior excreção urinária de sódio é no período noturno e está relacionada com o não descenso da pressão arterial noturna. Portanto, os *dippers* e os *nondippers* apresentam ritmos circadianos diferentes à excreção urinária de sódio.⁹⁻¹⁰

As doenças hipertensivas na gestação têm sido reconhecidas como importante fator de risco para DCV em mulheres. O acompanhamento e o controle regular da PA após o parto é recomendado, para evitar complicações em gestações subseqüentes e reduzir o risco futuro cardiovascular materno.

REFERÊNCIAS

- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34:2159-2219.
- Castiglioni P, Parati G, Brambilla L, et al. Detecting sodium-sensitivity in hypertensive patients: information from 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension*. 2011;57:180-185.
- Podymow T, Aujgust P. Postpartum course of gestational hypertension and preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2010; 29:294-300.
- Matthys LA, Coppage KH, Lambers DS, et al. Delayed postpartum preeclampsia: an experience of 151 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1464-1466.
- Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(6):470-5.
- Ditisheim A, Wuerzner G, Ponte B, et al. Prevalence of Hypertensive Phenotypes After Preeclampsia: A Prospective Cohort Study. *Hypertension*. 2018; 71(1):103-109.
- Mallion JM, Clerson P, Bobrie G, Genes N, Vaisse B, Chatellier G. Predictive factors for masked hypertension within a population of controlled hypertensives. *J Hypertens*. 2006;24:2365-2370.
- Centonza L, Giovanna C, Chianca R, Busca G, Golin R, Zanchetti A, Stella A. Short-term analysis of the relationship between blood pressure and urinary sodium excretion in normotensive subjects. *Clin Sci (Lond)*. 2000;98(4):495-500.
- Sachdeva A, Weder AB. Nocturnal sodium excretion, blood pressure dipping, and sodium sensitivity. *Hypertension*. 2006;48:527-533.
- Fujii T, Uzu T, Nishimura M, et al. Circadian rhythm of natriuresis is disturbed in nondipper type of essential hypertension. *Am J Kidney Dis*. 1999;33:29-35.

LEITURA RECOMENDADA

- ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011;32(24):3147-97.
- Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122:1122-1131.