



27. ΑΣΘΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Το βρογχικό άσθμα είναι η πιο συχνή πάθηση του αναπνευστικού συστήματος στη διάρκεια της κύησης, με το ποσοστό εμφάνισης να κυμαίνεται μεταξύ 3-8%. Η πορεία της νόσου στις εγκυμονούσες γυναίκες ποικίλει, με το 35% να παρουσιάζει επιδείνωση και το 28% ύφεση. Αντίθετα, στο 33% των ασθενών δεν καταγράφονται αξιοσημείωτες μεταβολές ως προς τη βαρύτητα των αναπνευστικών εκδηλώσεων κατά την κύηση. Η σοβαρότητα του βρογχικού άσθματος προ της σύλληψης ενδεχομένως να καθορίζει την ένταση της νόσου στη μετέπειτα περίοδο. Είναι πιο ασφαλιές η έγκυος να λαμβάνει την αγωγή της, παρά να έχει εξάρσεις και συμπτώματα άσθματος. Το ήπιο ή καλά ελεγχόμενο άσθμα, σχετίζεται με εξαίρετη έκβαση της κύησης, ενώ η σοβαρή μορφή άσθματος ή το μη ελεγχόμενο άσθμα, σχετίζεται με επιπλοκές (Πίνακας 1):

Πίνακας 1: Επιπλοκές σοβαρού ή μη ελεγχόμενου άσθματος στην κύηση.

• Αυξημένη πιθανότητα πρόωρου τοκετού
• Αυξημένη ανάγκη για καισαρική τομή
• Προεκλαμψία
• Ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης (IUGR)
• Άλλες περιγεννητικές επιπλοκές
• Μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του άσθματος στην κύηση γίνεται όπως και εκτός κύησης. Το άσθμα έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα (συριγμός, βήχας, δύσπνοια), κυμαινόμενη βαρύτητα και επιδείνωση τη νύχτα, καθώς και ερεθίσματα που πυροδοτούν τις κρίσεις (αθλητιγιογόνα, άσκηση, λοιμώξεις). Ο συριγμός στην ακρόαση των πνευμόνων υποστηρίζει τη διάγνωση, αλλά η απουσία του δεν την εξαιρεί. Η απόφαση των αεραγωγών τεκμηριώνεται με τη σπιρομέτρηση, όπου διαπιστώνεται αύξηση του FEV₁ (Ταχέως Εκπνεόμενος Όγκος Αέρα στο πρώτο δευτερόλεπτο).

Η διαφορική διάγνωση στην κύηση περιλαμβάνει τη δύσπνοια της κύησης, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, χρόνιο βήχα και βρογχίτιδα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας του άσθματος στην κύηση είναι η πρόληψη των οξέων κρίσεων και η εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής αναπνευστικής λειτουργίας, προκειμένου να αποφεύγεται η υποξία της εγκύου και κατά συνέπεια του εμβρύου. Η ιδανική αντιμετώπιση του άσθματος στη διάρκεια της κύησης περιλαμβάνει την αντικειμενική παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας, την αποφυγή ή τον έλεγχο των ερεθισμάτων που ενδέχεται να πυροδοτήσουν μια ασθματική κρίση, την εκπαίδευση - ενημέρωση των εγκύων και την εξατομίκευση της φαρμακευτικής θεραπείας για την επίτευξη φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας.



Οι αναλυτικές οδηγίες για τους τρόπους παρακολούθησης της αναπνευστικής λειτουργίας και την ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αγωγή θα δίνονται από πνευμονολόγους. Σε αυτά τα πλαίσια, χρήσιμη είναι η επανεκτίμηση των γυναικών σε μηνιαία βάση, ιδιαίτερα όσων βρίσκονται υπό θεραπεία.

Οι ασθματικές έγκυες πρέπει να διακόπτουν το κάπνισμα και να αποφεύγουν παράγοντες που σχετίζονται με επιβάρυνση της νόσου (π.χ. σκόνη, περιβαλλοντικοί παράγοντες κ.α.)

Η έναρξη ανοσοθεραπείας στη διάρκεια της κύησης θα πρέπει να αποφεύγεται. Η συνέχισή της, όμως, είναι αποδεκτή σε ασθενείς που ήδη τη λαμβάνουν και ωφελούνται, αρκεί να μην εμφανίζουν συστηματικές ανεπιθύμητες ενέργειες και να χρησιμοποιούν δόσεις συντήρησης.

Σε υποψία βακτηριακών λοιμώξεων που απαιτούν νοσηλεία, η κεφουροξίμη (tb **Zinadol®**, Inj **Zetagal®**, Inj **Zinacef®**) αποτελεί το αντιβιοτικό εκλογής. Η ερυθρομυκίνη (**Erythrocin®**) πρέπει να προστίθεται σε υποψία λοίμωξης με *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* ή *Legionella*.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Στον Πίνακα 2 αναφέρεται η ταξινόμηση της βαρύτητας του άσθματος σε έγκυες που δεν λαμβάνουν αγωγή, αλλά και ανάλογα με το βαθμό του ελέγχου της νόσου σε εκείνες που λαμβάνουν:

Πίνακας 2: Ταξινόμηση της βαρύτητας του άσθματος και του ελέγχου της νόσου σε έγκυες ασθενείς.

Βαρύτητα (Ελέγχος)	Συχνότητα συμπτωμάτων	Νυκτερινή αφύπνιση	Περιορισμός δραστηριότητας	FEV ₁ ή PEFR
Διαλείπον (Καλή ελεγχόμενο)	< 2 μέρες την εβδομάδα	< 2 φορές το μήνα	Κανένας	> 80 %
Ήπιο εμμένον (Μέτρια ελεγχόμενο)	> 2 μέρες την εβδομάδα, αλλά όχι καθημερινά	> 2 φορές το μήνα	Μικρός	> 80 %
Μέτριο εμμένον (Μέτρια ελεγχόμενο)	Καθημερινά	> 1 φορά την εβδομάδα	Μερικός	60 – 80 %
Σοβαρό εμμένον (Φτωχά ελεγχόμενο)	Σε όλη τη διάρκεια της ημέρας	> 4 φορές την εβδομάδα	Έντονος	< 60 %

FEV₁: Ταχύως Εκπνεόμενος Όγκος Αέρα στο πρώτο δευτερόλεπτο. PEFR: Μέγιστο εκπνευστικό ποσοστό ροής.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα φάρμακα για το άσθμα γενικώς ταξινομούνται σε φάρμακα μακροπρόθεσμου ελέγχου της νόσου και σε φάρμακα άμεσης χρήσης (rescue therapy). Τα πρώτα χρησιμοποιούνται για την πρόληψη των κρίσεων και περιλαμβάνουν τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, τους μακράς δράσης β-αγωνιστές, και την θεοφυλλίνη. Τα δεύτερα, κυρίως εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή βραχείας



δράσης, χρησιμοποιούνται για την άμεση ανακούφιση από τα συμπτώματα του άσθματος. Τα κορτικοστεροειδή από το στόμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως rescue therapy σε ασθματικές εξάρσεις, ή ως χρόνια θεραπεία σε σοβαρής μορφής νόσο.

Αναλυτικά, οι κατηγορίες των φαρμακευτικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του άσθματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 3:

Πίνακας 3: Κατηγορίες βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων και τα κυριότερα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην κύηση.

Κατηγορία	Σκεύασμα	Εμπορική ονομασία
Εισπνεόμενοι β ₂ -αγωνιστές βραχείας δράσης	ΣΑΛΒΟΥΤΑΜΟΛΗ	Aerolin®
Εισπνεόμενα γλυκοκορτικοειδή	ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΔΗ	Pulmicort®
Εισπνεόμενοι β ₂ -αγωνιστές μακράς δράσης	ΣΑΛΜΕΤΕΡΟΛΗ	Serevent®
Παράγωγα ξανθίνης	ΘΕΟΦΥΛΛΙΝΗ	Theodur®
Ανταγωνιστές υποδοχέων των λευκοτριενίων	ΜΟΝΤΕΛΟΥΚΑΣΤΗ ΖΑΦΙΡΛΟΥΚΑΣΤΗ	Singulair®
Κορτικοστεροειδή από το στόμα	ΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ	Prezolon®

Στον Πίνακα 4 συνοψίζεται η χρόνια φαρμακευτική θεραπεία του άσθματος ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου:

Πίνακας 4: Χρόνια φαρμακευτική θεραπεία άσθματος στην κύηση.

Βαρύτητα	Θεραπεία
Διαλείπον	Εισπνεόμενοι β ₂ -αγωνιστές βραχείας δράσης όταν απαιτείται
Ήπιο εμμένον	Χαμηλή δόση εισπνεόμενων γλυκοκορτικοειδών Η Θεοφυλλίνη
Μέτριο εμμένον	Μέση δόση εισπνεόμενων γλυκοκορτικοειδών Η Μέση δόση εισπνεόμενων γλυκοκορτικοειδών + ΣΑΛΜΕΤΕΡΟΛΗ Η Χαμηλή δόση εισπνεόμενων γλυκοκορτικοειδών + ΣΑΛΜΕΤΕΡΟΛΗ
Σοβαρό εμμένον	Υψηλή δόση εισπνεόμενων γλυκοκορτικοειδών + ΣΑΛΜΕΤΕΡΟΛΗ Αν απαιτείται, προσθήκη πρεδνιζόνης

Η χορήγηση μοντελουκάστης ή ζαφirlουκάστης (**Zafirlukast®**) ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματικά στα εισπνεόμενα γλυκοκορτικοειδή είναι εναλλακτική επιλογή στο ήπιο και μέτριο εμμένον άσθμα, ιδιαίτερα σε ασθενείς που εμφάνισαν καλή ανταπόκριση προ της κύησης.



Πίνακας 5: Φαρμακευτική αντιμετώπιση ασθματικής κρίσης στην κύηση*, †, §

1. Χορήγηση εισπνεόμενων β_2 -αγωνιστών Μέχρι 3 δόσεις στα πρώτα 60-90 λεπτά Κάθε 1-2 ώρες στη συνέχεια μέχρι επαρκούς ανταπόκρισης
2. Χορήγηση ιπρατροπίου (Atrovent®)
3. Ενδοφλέβια χορήγηση μεθυλπρεδνιζολόνης (Solu-medrol®) - (άμεσα αν οι ασθενείς λάμβαναν κορτικοστεροειδή στο παρελθόν ή εμφάνισαν μειωμένη ανταπόκριση στην 1 ^η ώρα της θεραπείας) 1mg/kg κάθε 6-8 ώρες Τροποποίηση της δόσης επί κλινικής βελτίωσης
4. Να εξεταστεί το ενδεχόμενο χορήγησης θειϊκού μαγνησίου
5. Επί μη ανταπόκρισης, να εξεταστεί το ενδεχόμενο υποδόριας χορήγησης 0.25 mg τερβουταλίνης (Dracanyl®) - (αν διατίθεται στην αγορά)
* Χορήγηση O ₂ (3 - 4 L/min με ρινική κάνουλα), με στόχο pO ₂ > 70 mmHg ή/και SO ₂ > 95%. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με ρυθμό τουλάχιστον 100 ml/h. Τα υγρά να περιέχουν γλυκόζη, αν οι ασθενείς δεν είναι υπεργλυκαιμικές. † Οι ασθενείς να τοποθετούνται σε καθιστή θέση. § Εντατική παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου.

ΠΡΟΣΟΧΗ:

Σε ασθματική κρίση στη διάρκεια του τοκετού χορηγούμε 100 mg Υδροκορτιζόνης (Solu-Cortef®**) ενδοφλέβια με την έναρξη του τοκετού και ανά 8ωρο τις πρώτες 24 ώρες.**

Ορισμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη διάρκεια του τοκετού, έχουν την ιδιότητα να επιδεινώνουν το άσθμα. Οι β-αναστολείς, η προσταγλανδίνη F_{2α} και η εργονοβίνη (**Mitrotan®**) μπορούν να προκαλέσουν βρογχόσπασμο. Το θειϊκό μαγνήσιο δρα ως βροχοδιασταλτικό, ενώ η ινδομεθακίνη (**Reumacid®**) μπορεί να πυροδοτήσει βρογχόσπασμο σε ασθενείς με υπερευαισθησία στο σαλικυλικό οξύ. Ως εκ τούτου:

- Η ωκυτοκίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής για την πρόκληση τοκετού ή τον έλεγχο αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Η χορήγηση προσταγλανδίνης F_{2α} για διακοπή κύησης, πρόκληση τοκετού ή αντιμετώπιση ατονίας της μήτρας πρέπει να αποφεύγεται. Αντίθετα προτιμώνται οι προσταγλανδίνες E₁ και E₂.
- Η χορήγηση μορφίνης ή πεθιδίνης για αναλγησία στον τοκετό πρέπει να αποφεύγεται. Η επισκληρίδιος αναλγησία πρέπει να προτιμάται (αναφέρεται ποσοστό 2% βρογχόσπασμου).



ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ▶ Είναι ασφαλέστερο για τις εγκύους με άσθμα να αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή, παρά να έχουν συμπτώματα και εξάρσεις της νόσου.
- ▶ Η κλινική αξιολόγηση του άσθματος περιλαμβάνει υποκειμενικές εκτιμήσεις και τις αντικειμενικές λειτουργικές δοκιμασίες των πνευμόνων.
- ▶ Ο στόχος της θεραπείας του άσθματος στην κύηση είναι η αποφυγή της υποξίας της εγκύου και κατά συνέπεια του εμβρύου.
- ▶ Η θεραπευτική προσέγγιση αυξάνει τον αριθμό και τη δόση των φαρμάκων ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου.
- ▶ Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή (ΒΟΥΔΕΣΟΝΙΔΗ - **Pulmicort**[®]) είναι η θεραπεία πρώτης γραμμής για το επίμονο άσθμα στη διάρκεια της κύησης.
- ▶ Οι εισπνεόμενοι β₂ αγωνιστές βραχείας δράσης (ΣΑΛΒΟΥΤΑΜΟΛΗ - **Aerolin**[®]) είναι η συνιστώμενη θεραπεία για τα οξεία συμπτώματα στη διάρκεια της κύησης.
- ▶ Η αναγνώριση και η αποφυγή των ερεθισμάτων που μπορούν να πυροδοτήσουν κρίσεις άσθματος, συντελούν στην καλή κατάσταση της μητέρας, και μειώνουν την ανάγκη χορήγησης φαρμάκων.
- ▶ Η χρήση πρεδνιδόνης, θεοφυλλίνης, αντιισταμινικών, εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών, β₂-αγωνιστών και αναστολέων υποδοχέων λευκοτριενίων, δεν αντενδείκνυται στη διάρκεια του θηλασμού.
- ▶ Δεδομένου ότι η πνευμονική λειτουργία και η βαρύτητα της νόσου αλλάζουν στη διάρκεια της κύησης, η τακτική εκτίμηση της πνευμονικής λειτουργίας είναι ενδεδειγμένη.

