

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Schwangerschaft und Hypertonie

Watschinger B

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2012; 16

(Sonderheft 1), 25-26

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Schwangerschaft und Hypertonie

B. Watschinger

Eine unkontrollierte Hypertonie während der Schwangerschaft kann zu erheblichen Risiken für Mutter (inklusive Mortalitätsrisiko) und Kind (perinatale Mortalität, Frühgeburt, niedrigeres Geburtsgewicht etc.) führen. Auch wenn Konsens über die Notwendigkeit einer blutdrucksenkenden Therapie besteht, befindet man sich als Behandler weitgehend in einem ethischen Dilemma, da prospektive randomisierte Daten zur Therapie fehlen und man deshalb vielfach zu Empirie gezwungen ist.

Für die Klassifikation und die Risikoabschätzung ist der Zeitpunkt des Auftretens hypertensiver Werte bedeutend. Man unterscheidet:

- Chronische/vorbestehende Hypertonie (RR > 140/90 mmHg)

Diese ist vorbestehend oder tritt innerhalb der ersten 20 Wochen der Schwangerschaft auf, bleibt mehr als 42 Tage nach der Geburt bestehen und kann Ausdruck einer primären oder sekundären Hypertonie sein. „Normale“ Blutdruckwerte in der Frühschwangerschaft weisen auf eine Hypertonie hin, da zu diesem Zeitpunkt der Blutdruck physiologischerweise eigentlich gesenkt sein sollte. Aus dieser möglichen Fehlinterpretation kann auch eine spätere Missklassifikation als Gestationshypertonie resultieren.

- Gestationshypertonie/schwangerschaftsinduzierte Hypertonie

Sie tritt nach der 20. Schwangerschaftswoche (SSW; meist nach der 34. SSW) auf und normalisiert sich typischerweise binnen 2 Wochen *post partum*. Je früher die Hypertonie auftritt, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer Präeklampsie bzw. einer späteren Hypertonieentwicklung.

- Vorbestehende Hypertonie mit aufgepfropfter Gestationshypertonie

Hierbei kommt es zu einer Verschlechterung der Blutdruckwerte sowie zum Auftreten einer Proteinurie > 3 g/die nach der 20. SSW.

- Präeklampsie/Eklampsie (Abb. 1)

Der Präeklampsie/Eklampsie, die typischerweise nach der 20. SSW auf-

tritt, liegt eine plazentare Gefäßanomalie zugrunde, die zu einer veränderten Expression angiogenetischer Faktoren und einer systemischen endothelialen Dysfunktion führt. Neben erhöhten Blutdruckwerten ist auch eine Proteinurie > 0,3 g/24 h auffällig.

Schwere Verlaufsformen (RR > 160/110 mmHg) sind mit neurologischen Veränderungen assoziiert (Kopfschmerz ± Sehstörungen [zerebrales Ödem], okzipitale Rindenblindheit, Hyperreflexie ± Kloni, PRES [posteriores reversibles Leukenzephalopathie-Syndrom] und Krampfanfällen [zerebrales Ödem]). Hepatale Veränderungen (rechte Oberbauchschmerzen [Leberschwellung und Leberblutungen]) und hämatologische Veränderungen (HELLP-Syndrom: Hämolyse, erhöhte Leberenzyme, niedrige Plättchen) können

ebenso auftreten wie renale Veränderungen (Proteinurie > 5 g/24 h, Oligurie [< 500 ml/24 h], Lungenödem). Eine (Prä-) Eklampsie erhöht das Risiko bei einer neuerlichen Schwangerschaft für Gestationshypertonie, (Prä-) Eklampsie, spätere kardiovaskuläre Erkrankungen und terminales Nierenversagen.

■ Blutdruckzielwerte bei Hypertonie in der Schwangerschaft

Die Zielwerte unterscheiden sich im Vergleich zu den üblichen Zielwerten bei sonst gesunden Hypertonikern oder bei Hypertoniepatienten mit Begleiterkrankungen:

- BP < 150/100 mmHg
- BP < 140/90 mmHg bei Zielorganschaden
- Diastolische Werte > 80 mmHg sind anzustreben

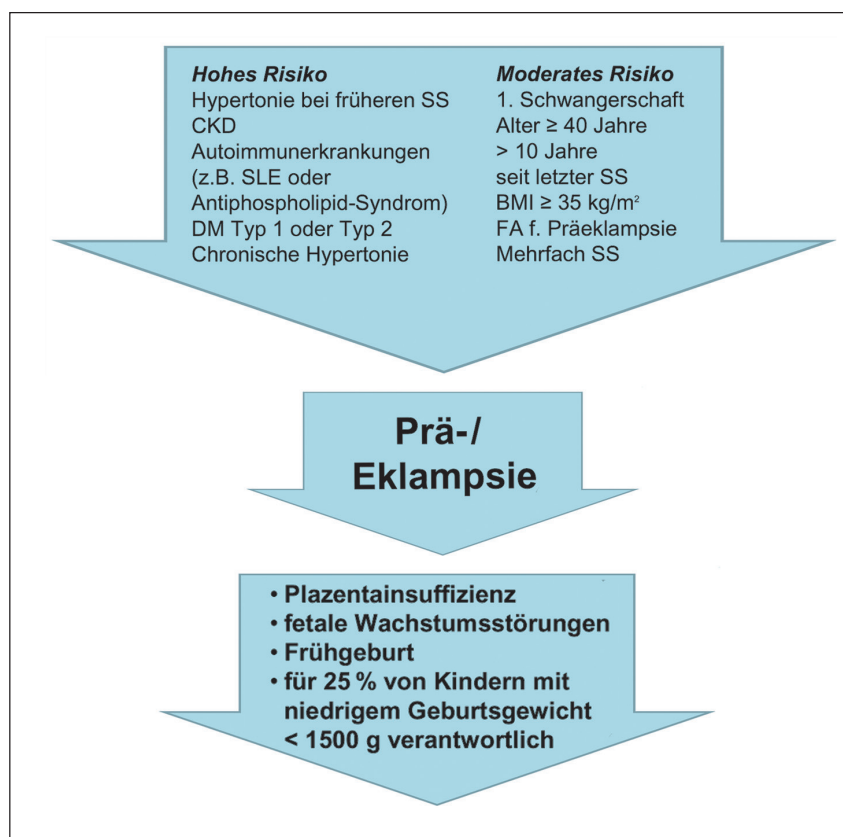


Abbildung 1: Risikofaktoren für und Auswirkungen von Präeklampsie/Eklampsie.

■ Antihypertensiva und Schwangerschaft

Für kein Antihypertensivum ist Sicherheit im 1. Trimenon bewiesen, randomisierte kontrollierte Studien zur medikamentösen Therapie in der Schwangerschaft fehlen.

RAAS-Hemmer (ACE-H, ARB, Renin-hemmer) sollten in der Schwangerschaft vermieden werden. Kontraindiziert sind sie bei Einsatz im 2. oder 3. Trimenon (wegen des Risikos kardialer Missbildungen, Fetopathie, Oligohydramnion, Wachstumshemmung, renaler Agenesie, neonatalem anurischem Nierenversagen) und Natriumnitroprussid wegen fetaler Zyanidvergiftung (bei > 4-stündiger Anwendung).

Patientinnen mit vorbestehender Hypertonie sollten eine ausführliche Beratung vor einer Schwangerschaft erhalten und die Therapie mit RAAS-Hemmern bei Kinderwunsch durch andere Substanzen ersetzen. Alpha-Methyldopa, Labetalol, Metoprolol, Nifedipin retard (nicht empfohlen von NICE < 20. SSW) oder Hydralazin stellen Alternativen dar.

Schwangere Patientinnen mit erhöhten Blutdruckwerten sollten engmaschig kontrolliert und auch auf das mögliche Neuaufreten einer Proteinurie sowie Änderungen des Blutbildes, der Nierenwerte, Elektrolyte, Transaminasen bzw. des Bilirubins getestet werden.

Zur Akuttherapie hypertensiver Blutdruckwerte stehen Labetalol, Hydralazin, Nicardipin oder bei Eklampsie Magnesiumsulfat zum intravenösen Einsatz zur Verfügung. Bei nicht beherrschbaren Blutdruckkrisen sollte nach der 37. SSW eine Entbindung (Sectio?) eingeleitet werden. Vor diesem Zeitpunkt ist die Entscheidung nach klinischem Ermessen und bei erfolgter Lungenreife zu treffen.

■ Stillperiode

Während der Stillperiode sollen Medikamente mit hoher Eiweißbindung und daher geringem Transfer in die Muttermilch verordnet werden, z. B. Betablocker: Labetalol oder Propanolol (ungünstig: Atenolol, Acebutolol), Kalziumkanalblocker: Nifedipin, Diltiazem, Nicardipin, Verapamil oder Hydralazin. Für ACE-Hemmer und Diure-

tika ist in dieser Phase Zurückhaltung angezeigt.

Weiterführende Literatur:

ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J 2011; 32: 3147–97.

Management of hypertension in pregnant and postpartum women. Up to Date [gesehen März 2012].

NICE clinical guideline 107. Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy. Issue date: August 2010.

Podmow T, August P. Update on the use of antihypertensive drugs in pregnancy. Hypertension 2008; 51: 960–9.

Seely EW, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. N Engl J Med 2011; 365: 439–46.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Bruno Watschinger
Klinische Abteilung für Nephrologie
und Dialyse
Universitätsklinik für Innere Medizin III
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien
Währinger Gürtel 18–20
E-Mail:
bruno.watschinger@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung