

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

ZEISLER H

Management der Hochdruckpatientin in der Schwangerschaft

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2002;
6 (Sonderheft 3), 67-68*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

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.

MANAGEMENT DER HOCHDRUCK-PATIENTIN IN DER SCHWANGERSCHAFT

ZUSAMMENFASSUNG

Wie große Studien zeigten, die auch die klinische Erfahrung bestätigen, sollten schwangere Frauen mit einem hohen Risiko zur Entwicklung einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung sowie Frauen mit den Zeichen einer schweren Form der Hypertonie, vor allem in der frühen Schwangerschaftsphase, an einem entsprechenden Zentrum betreut werden, um durch Optimierung der Betreuung sowohl die mütterliche wie auch die fetale Gefährdung zu minimieren.

EINLEITUNG

Die hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen sind ein komplexer Prozeß, der von einer einfachen Blutdrucksteigerung bis zu einem Multiorganversagen reicht, mit einer Inzidenz von 5–10 % aller Komplikationen in der Schwangerschaft. Diese hypertensiven Erkrankungen in der Schwangerschaft stellen nach wie vor eine der häufigsten Ursachen für die mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität dar. Die Definitionen der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen orientieren sich an den Richtlinien des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) [1, 2].

DEFINITIONEN

1. Chronische Hypertonie
2. Gestations-Hypertonie
3. Präeklampsie
4. Propf-Präeklampsie

MANAGEMENT DER HYPERTONIE IN DER SCHWANGERSCHAFT

Ein erfolgreiches Management beginnt mit der richtigen Risikoevaluierung. Daraus ergibt sich meist die Notwendigkeit einer interdisziplinären Betreuung der Schwangeren und ihres Partners durch Hebammen, Geburtshelfer, Neonatologen und Anästhesisten aus medizinischen und psychologischen Gründen.

Das Risiko für Mutter und Fetus bei der chronischen Hypertonie besteht in einer Exazerbation der Erkrankung, wobei die plötzliche Blutdrucksteigerung zu einer hypertensiven Enzephalopathie der Mutter führen kann, bei Verlust der Autoregulation der zerebralen Gefäße auch zu intrazerebralen Blutungen. Die chronische Hypertonie ist einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Präeklampsie, wobei es gehäuft zu einer vorzeitigen Plazentalösung kommt. Das Risiko für die Entwicklung einer uteroplazentaren Insuffizienz und einer fetalen Wachstumsretardierung ist bei einer chronischen Hypertonie mit und ohne Propf-Präeklampsie erhöht. Beim Management der chronischen Hypertonie in der Schwangerschaft stehen die engmaschige Überwachung der Mutter und des Fetus, die Planung der Entbindung und die Frage der antihypertensiven Therapie im Vordergrund [3, 4]. In Abhängigkeit der Compliance der Patientin können milde Formen der Hypertonie ambulant behandelt werden und bedürfen keiner Hospitalisierung. Eine regelmäßige Messung des Blutdruckes zu Hause ist zu empfehlen. Die Patientin muß außerdem über die Zeichen einer möglichen Aggravierung der Erkrankung aufgeklärt werden.

Unbestritten ist die antihypertensive Therapie bei einer schweren chronischen Form. Die antihypertensive Therapie der milden Form der chro-

nischen Hypertonie führt zu keiner Verbesserung des mütterlichen und fetalen Outcomes. Die antepartale Überwachung des Feten hat vor allem die Erkennung einer intrauterinen Wachstumsretardierung zum Ziel, das Intervall zwischen den Untersuchungen wird durch das Ausmaß der intrauterinen Wachstumsretardierung und dem Zustand des Feten bestimmt.

Entsprechend den Empfehlungen der ACOG sollte bei einer unkomplizierten chronischen Hypertonie und einem normal entwickelten Fetus eine vaginale Entbindung am Termin angestrebt werden. Liegt eine Wachstumsretardierung vor, sollte die Lungenreife des Feten induziert werden und die Indikation zur vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft großzügig gestellt werden. Bei einer schweren Form der Hypertonie muß die Patientin unverzüglich hospitalisiert werden und eine stabilisierende Behandlung vor der Entbindung durchgeführt werden.

Die Beurteilung des Schweregrades der Präeklampsie wird durch das breite Spektrum der klinischen Symptome, das Ausdruck der unterschiedlichen Organbeteiligung ist, erschwert. Das Ausmaß der Hypertonie ist nicht unbedingt maßgebend für den Schweregrad der Erkrankung. Präeklampsien, die vor der 28. Schwangerschaftswoche auftreten, verlaufen in der Regel schwerer. Die Propf-Präeklampsie manifestiert sich in der Mehrzahl der Fälle frühzeitig in der Schwangerschaft und ist mit einem höheren Risiko für Mutter und Kind verbunden. Vor dem Einsatz hochdosierter Antihypertensiva ist daran zu denken, daß die Bettruhe einerseits zu einer Verminderung des Sympathikotonus und damit zu einer Verbesserung der renalen und uteroplazentaren Durchblutung führen, andererseits sinkende Blutdruckwerte und eine Gewichtsabnahme in Folge der Ausschwemmung von Ödemen eine positive Reaktion auf die Bettruhe darstellen [4, 5].

ANTIHYPERTENSIVA

Das Mittel der Wahl für die Behandlung der chronischen Form der Hypertonie ist der Alpha-2-Rezeptorenblocker Methyldopa. Der uteroplazentare und fetale Kreislauf werden nicht beeinflusst, in Langzeitstudien sind keine negativen Effekte auf das Kind evaluierbar gewesen. Der Alpha-Beta-Blocker Labetalol führt zu einer peripheren Vasodilatation und Verbesserung des Vasospasmus v.a. bei der Präeklampsie ohne wesentliche Veränderung der Herzfrequenz und des Herzzeitvolumens. Auch hier sind keine negativen Auswirkungen auf den uteroplazentaren und den fetalen Kreislauf bekannt. Die Kalziumantagonisten, als Vertreter das Nifedipin, werden hauptsächlich als Akutmedikation verwendet. Die Langzeittherapie mit Beta-Blockern wird nicht mehr empfohlen, weil ein deutlich vermindertes fetales Wachstum gefunden werden konnte. Zusätzlich kam es bei Neugeborenen zu respiratorischen Depressionen und Hypoglykämien. Außerdem zeichnet sich diese Substanz durch eine hohe Muttermilchgängigkeit aus. Die blutdrucksenkende Wirkung des Alpha-1-Rezeptorenblockers Urapidil beruht auf einer Herabsetzung des peripheren Strömungswiderstandes ohne wesentliche Reflextachykardie infolge einer zentralen Abnahme des Sympathikotonus. Es konnten keine negativen Auswirkungen auf den Feten oder das Neugeborene gefunden werden, kontrollierte Studien sind jedoch noch im Laufen.

ANTI-KONVULSIVA

Während die prophylaktische Gabe von Magnesium bei milden Formen kontroversiell diskutiert wird, ist die antikonvulsive Prophylaxe bei

schweren Formen der Hypertonie unumstritten, um einen eklamp-tischen Anfall zu vermeiden. Magnesium wird als Bolus initial intravenös gegeben, gefolgt von einer entsprechenden Erhaltungstherapie. Es wird angenommen, daß die krampf-hemmende Wirkung des Magnesiums hauptsächlich auf der Dilatation von interkranialen Gefäßen beruht, die zur Behebung der zerebralen Ischämie führt. Als prodromale Symptome des eklamp-tischen Anfalls werden häufig Kopfschmerzen (50 %), Sehstörungen (19 %) und epigastrische Schmerzen (19 %) angegeben. Da die eklamp-tischen Anfälle vor, während und nach der Geburt auftreten können, ist die Fortführung der Magnesiumtherapie mindestens bis 24 Stunden *post partum* durchzuführen.

Die Magnesiumzufuhr muß vermindert oder gestoppt werden, wenn die vierstündliche Urinausscheidung unter 100 ml fällt, die Sehnenreflexe (vor allem Patellarsehnenreflex) nicht auslösbar sind, die Atemfrequenz unter 12/min liegt, als Antidot sollte 1 g Kalziumglukonat zur intravenösen Applikation bereitgestellt sein. Wichtig ist auch zu beachten, daß die Interaktion mit Kalziumantagonisten eine schwere Hypotonie und eine neuromuskuläre Blockade verursachen kann.

BEGLEITMEDIKATION

Bei stationären Patientinnen sollte auf alle Fälle eine Flüssigkeitsbilanzierung durchgeführt werden. Eine Oligurie kann durch entsprechenden Volumenersatz oder bei Bedarf durch die Gabe von Mannitol behoben werden. Diuretika sollten nur bei Zeichen einer Herzinsuffizienz oder eines Lungenödems bzw. einer natriumsensiblen chronischen Form der Hypertonie gegeben werden. Eine persistierende Oligurie stellt eher eine Indikation zur Schwanger-

schaftsbeendigung dar. Die längerfristige therapeutische Anwendung von Heparin wird wegen der Blutungs-gefahr bei der Präeklampsie als zu hoch eingestuft.

Literatur:

1. ACOG Practice Bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Int J Gynaecol Obstet 2002; 77: 67–75.
2. ACOG Practice Bulletin. Chronic hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol 2001; 98 (suppl): 177–85.
3. Haddad B, Sibai BM. Chronic hypertension in pregnancy. Ann Med 1999; 31: 246–52.
4. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: S1–S22.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hauth JC, Wenstrom KD. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Williams obstetrics. 21st ed. McGraw-Hill, New York, 2001; 567–618.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Harald Zeisler
Abteilung für Geburtshilfe und
Gynäkologie, Universitätsklinik für
Frauenheilkunde
A-1090 Wien,
Währinger Gürtel 18–20
E-mail:
Harald.Zeisler@akh-wien.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