

## Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft - woran muss ich denken?

Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft sind wichtige Ursachen für eine mütterliche und foetale Morbidität und Mortalität und betreffen 10-15% aller Schwangerschaften (Präeklampsie 3-10%). Insbesondere die schwere Form der Präeklampsie mit intrauteriner Wachstumsretardierung und Frühgeburtlichkeit muss als kardiovaskulärer und renaler Risikofaktor angesehen werden. Eine Präeklampsie verdoppelt das Risiko für einen Schlaganfall, eine ischämische Kardiopathie oder eine Nierenerkrankung in den nächsten 5-15 Jahren und erhöht das Risiko einer fixierten arteriellen Hypertonie um das Vierfache. Deshalb empfehlen die Guidelines der Europäischen Gesellschaft für Hypertonie (ESH) 2013, geburtshilfliche Besonderheiten (Hypertonie, Präeklampsie, Schwangerschaftsdiabetes, intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburtlichkeit, tiefes Geburtsgewicht des Kindes) in der kardiovaskulären Anamnese einer Frau zu berücksichtigen. Die hypertensiven Erkrankungen in der Schwangerschaft umfassen:

- Vorbestehende (essenzielle oder sekundäre) Hypertonie: Blutdruck  $\geq 140/90$  mmHg vor der Schwangerschaft oder arterielle Hypertonie vor der 20. Amenorrhoe-Woche oder antihypertensive Behandlung vor der Schwangerschaft;  $\pm$  Proteinurie; anhaltend nach Entbindung
- Schwangerschaftshypertonie: Hypertonie ( $\geq 140/90$  mmHg) *de novo* aufgetreten nach der 20. Amenorrhoe-Woche; Fehlen einer Proteinurie; Normalisierung nach Entbindung
- Präeklampsie, Eklampsie:  $\geq 140/90$  mmHg nach der 20. Amenorrhoe-Woche; Proteinurie mit Protein/Kreatinin-Quotient  $\geq 30$  im Spot-Urin (Achtung: 10% haben keine Proteinurie, aber andere Endorganschäden). Ödeme stellen kein Kriterium mehr dar, die Blutdruckdifferenz vor/während der Schwangerschaft ebenfalls nicht
- Präeklampsie auf der Basis einer chronischen Hypertonie: Verschlimmerung einer bekannten Hypertonie und Proteinurie  $\pm$  andere Endorganschäden

Die anderen Endorganschäden betreffen im Wesentlichen: das zentrale Nervensystem (unter Umständen mit starken Kopfschmerzen), Leberkapselschmerz, Anstieg der Leberwerte (bisweilen HELLP), Thrombozytopenie, hämolytische Anämie, Niereninsuffizienz, intrauterine Wachstumsretardierung, akutes Lungenödem, Herzinsuffizienz. Die Präeklampsie kann auch post partum auftreten.

Die ESH 2013 Guidelines empfehlen eine medikamentöse, antihypertensive Therapie während der Schwangerschaft wenn der Blutdruck  $\geq 150/95$  mmHg, bei Schwangerschaftshypertonie und Blutdruck  $\geq 140/90$  mmHg, wenn Endorganschäden und/oder Symptome vorliegen (Klasse IIb, Evidenzgrad C).

Erlaubte antihypertensive Substanzen in der Schwangerschaft:

- $\alpha$ -Methyldopa, ein zentraler  $\alpha_2$ -Agonist (Klasse B): Medikament der Wahl wegen bewiesener Langzeit-Sicherheit. Praktisch: unerwünschte Arzneimittelwirkungen und relativ schwache Wirkung. Stillen +
- Labetalol, ein nicht-selektiver  $\beta$ -Blocker mit  $\beta$ -blockierenden Eigenschaften (Klasse C). Stillen +
- Nifedipin slow release. Achtung: Hypotonie-Gefahr mit Magnesiumsulfat. Stillen +
- Hydrochlorothiazid (Klasse B): nützlich bei vorbestehender Hypertonie (Medikation kann fortgeführt werden). Achtung: intravaskuläre Volumenverminderung. Kann Milchproduktion vermindern
- Andere Alternativen: Prazosin, Clonidin
- $\beta$ -Blocker, insbesondere Atenolol (Klasse D), sind nicht empfohlen wegen des Risikos für intrauterine Wachstumsretardierung (ausser Oxprenolol, Klasse B). Stillen -

Alle Renin-Angiotensin-Aldosteron-System blockierenden Substanzen, inklusive Aliskiren und Spironolacton, sind kontraindiziert in der Schwangerschaft. Andererseits können Enalapril und Benazepril während dem Stillen verschrieben werden.

Bei Patientinnen mit hohem Präeklampsie-Risiko (vorbestehende Hypertonie, Alter <20 oder >40 Jahre, Diabetes mellitus, Nierenerkrankung, Status nach Präeklampsie, Thrombophilie..) wird Aspirin 100mg/d zur Prävention eine Präeklampsie ab der 12. Amenorrhoe-Woche empfohlen, sofern das Blutungsrisiko nicht erhöht ist (IIb).

Schweizerische Gesellschaft für Hypertonie / Juni 2017