

Eklampsie

Bluthochdruckbedingte Komplikationen gehören zu den häufigsten **Erkrankungen** im zweiten Trimenon. Sie stellen für die Schwangere und ihr Kind ein gravierendes Risiko dar.



© sehlaivie / fotolia.com

Über Kreislaufbeschwerden und Blutdruckschwankungen klagen viele werdende Mütter. Wer schon einmal schwanger war, kennt die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen, bei der der Blutdruck gemessen, das Gewicht und der Urin überprüft werden. Naturgemäß sinkt der Blutdruck im zweiten Trimenon und steigt zum Ende der Schwangerschaft wieder an.

Zu hoch Etwa zehn Prozent der Schwangeren leiden unter erhöhten Blutdruckwerten. Dabei wird unterschieden, ob die Frau schon vor der Schwangerschaft eine arterielle Hypertonie hatte oder eine schwangerschaftsbedingte Hypertonie nach der 20. Schwangerschaftswoche entwickelt, die sich in der Regel nach der Schwangerschaft wieder zurückbildet. Als Grenzwert gilt ein Blutdruck von $> 140/90$ mmHg. Frauen, die schon vor der Schwangerschaft unter

Hypertonie leiden, sollten engmaschig überwacht werden. Dies sollte zusätzlich zu den Untersuchungen beim Arzt auch mit einem eigenen Blutdruckgerät zu Hause erfolgen. Besteht die Hypertonie schon länger als vier Jahre vor der Schwangerschaft, so liegt das Risiko einer Präeklampsie bei einem Drittel. Frauen mit kürzerer Hypertonie-Anamnese haben immerhin noch ein 25-prozentiges Risiko – zehn Mal höher als bei normotonen Frauen. Das Risiko für eine Eklampsie sollte immer im Auge behalten werden.

Tritt nach der vollendeten 20. Schwangerschaftswoche zusammen mit einer erstmaligen Hypertonie noch eine pathologische Proteinurie (> 300 Milligramm innerhalb von 24 Stunden) auf, sprechen Ärzte von einer Präeklampsie, früher auch EPH-Gestose genannt. Diese klassische Definition deckt jedoch nicht jede Präeklampsie ab. Neurologische Störungen (z. B. starke Kopfschmerzen, Sehstörungen) oder Veränderungen des Blutbilds, sowie Entwicklungsstörungen beim Fetus können ebenfalls Symptome einer Präeklampsie sein.

Schwere Komplikationen möglich Für Mutter und Kind bedeuten eine schwere Hypertonie sowie eine Präeklampsie ein hohes Risiko für Störungen von Herz-Kreislauf-, Leber und Nierenfunktionen. Hirnblutungen, Nierenschädigungen und Gerinnungsstörungen sind mögliche Konsequenzen. Für den Fetus besteht die Gefahr einer Plazentainsuffizienz und damit einer Minderversorgung mit einer erhöhten Mortalität. Auch wenn aus diesem Risiko heraus eine Behandlung dringend angezeigt zu sein scheint, gibt es keine klaren einheitlichen Empfehlungen, wie in einer solchen Situation therapiert werden soll. Auf der einen Seite erfordert das Wohl der Mutter eine antihypertensive Therapie mit einer Senkung des Blutdrucks auf Werte unter $140/90$ mmHg. Auf der anderen Seite besteht damit das Risiko einer Minderperfusion der Plazenta.

Mediziner gehen davon aus, dass die Blutdruckerhöhungen bei der Präeklampsie als Reaktion auf die Plazentaperfusionsstörung auftreten, sodass die Blutdrucksenkung die Folgen der Präeklampsie für das Kind nicht reduziert.

Was ist zu tun? Welche Maßnahmen bei einer Präeklampsie ergriffen werden sollen, hängt wesentlich vom Zeitpunkt ab. Bis zur 34. Schwangerschaftswoche wird – wenn möglich – konservativ therapiert. Nach

Antihypertensiva Gelingt es mit Allgemeinmaßnahmen nicht, den Blutdruck einer Schwangeren unter 170 bis 160/110 bis 100 mmHg zu halten, muss nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) eine medikamentöse Therapie erfolgen. Empfohlen wird danach als erste Wahl alpha-Methyldopa. Die einzige Studie, auf dessen Basis diese Wahl erfolgt, stammt aus den 1960er-Jahren. Allerdings haben Gynäkologen mittlerweile einen großen Erfah-

UNTERSCHIEDUNG (WWW.EMBRYOTOX.DE)

- + **Chronische Hypertonie** (mit oder ohne Proteinurie), die vor, während oder nach der Schwangerschaft diagnostiziert wird (circa drei Prozent aller Schwangerschaften).
- + **Präeklampsie, Eklampsie:** Proteinurie (> 300 mg/24 h) und neu aufgetretene Hypertonie (fakultativ: Ödeme), (etwa fünf bis acht Prozent aller Schwangerschaften).
- + **Pfropfgestose:** Präeklampsie bei Schwangeren mit chronischer Hypertonie. Eine Pfropfgestose tritt bei etwa 20 bis 25 Prozent der Schwangeren mit chronischer Hypertonie auf.
- + **Schwangerschaftshochdruck:** eine nach 20 Schwangerschaftswochen entstehende Hypertonie ohne Proteinurie, die sich spätestens zwölf Wochen nach der Entbindung zurückbildet (bei circa sechs Prozent aller Schwangerschaften). In Abhängigkeit von weiteren Risikofaktoren entwickelt sich bei 15 bis 45 Prozent dieser Schwangeren eine Präeklampsie.

der 37. Woche ist eine vorzeitige Entbindung sinnvoll. In der Zeit dazwischen obliegt es dem Arzt, in Abhängigkeit des Schweregrads der Präeklampsie über eine Entbindung zu entscheiden oder noch abzuwarten. 140/90 mmHg gilt als Grenzwert für eine Hypertonie in der Schwangerschaft. Die Frauen, die sich mit ihren Werten im Grenzbereich bis 160/110 mmHg befinden, keine sonstigen Symptome und keine Proteinurie aufweisen, haben ein niedriges Risiko und werden oftmals nur engmaschig überwacht, benötigen möglicherweise aber keine Blutdruck senkende Behandlung.

rungsschatz zum Einsatz dieses Arzneistoffs. Beschränkt geeignet sind Nifedipin (nicht im 1. Trimenon!), selektive beta-1-Rezeptorblocker (Metoprolol) und Dihydralazin. Frauen, die schon vor der Schwangerschaft unter hohem Blutdruck litten, werden vom Arzt häufig auf ein anderes Antihypertensivum umgestellt. In der Schwangerschaft sind zum Beispiel ACE-Hemmer wegen ihres teratogenen Potenzials kontraindiziert. Wichtig ist, dass sich diese Frauen schon vor der möglichen Schwangerschaft mit ihrem Arzt beraten. ■

Dr. Katja Renner, Apothekerin



- häufig krank?
- Diabetes mellitus?
- Geschmacksstörungen?
- Schlechte Wundheilung?

an Zinkmangel denken!



Zink ist wichtig!

Zink Verla® OTC 20 mg, Zinkbrause Verla® 25 mg
Wirkstoff: **Zink Verla® OTC 20 mg:** Zink-D-gluconat. **Zinkbrause Verla® 25 mg:** Zinksulfat.
Zusammensetzung: **Zink Verla® OTC 20 mg:** 1 Ftbl. enth.: Zink-D-gluconat 140 mg, Zinkgehalt: 20 mg. **Sonstige Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose, Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Hypromellose, Ethylcellulose, Triethylcitrat. **Zinkbrause Verla® 25 mg:** 1 Btbl. enth.: Zinksulfat 1 H₂O 69 mg, Zinkgehalt: 25 mg. **Sonstige Bestandteile:** Citronensäure, Natriumhydrogencarbonat, Natriumcarbonat, Natriumcitrat 2 H₂O, Saccharin-Natrium 2 H₂O, Natriumcyclamat, Zitronen-Aroma (enthält Sorbitol). **Anwendungsgebiete:** **Zink Verla® OTC 20 mg:** Nachgewiesener Zinkmangel, Therapie mit Penicillamin u.a. Chelatbildnern. **Zinkbrause Verla® 25 mg:** Behandlung von klinisch gesicherten Zinkmangelzuständen, sofern sie ernährungsmäßig nicht behoben werden können. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. **Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Warnhinweise:** **Zinkbrause Verla® 25 mg:** Enthält Sorbitol (im Aroma) und Natriumverbindungen. **Nebenwirkungen:** **Zink Verla® OTC 20 mg:** Sehr selten Übelkeit oder Erbrechen. **Zinkbrause Verla® 25 mg:** Keine.
 Stand: September 2013