Maternale kardiovaskuläre Adaptation in der Schwangerschaft

Nach der Darstellung physiologischer, hormonaler und klinischer Grundlagen der mütterlichen Anpassung an die Belastungen in der Schwangerschaft ist das vorliegende Heft den Störungen dieser Anpassungsvorgänge und den resultierenden klinischen Auswirkungen gewidmet.

Der erste Beitrag zum Stellenwert der Hypotonie unterstreicht die bereits diskutierte Bedeutung einer ausreichenden uteroplazentaren Durchblutung während der Schwangerschaft. Das kindliche Geburtsgewicht korreliert mit dem Blutdruckabfall in Orthostase. Schwangere mit dem ausgeprägtesten Blutdruckabfall im Stehen haben die leichtesten Neugeborenen. Neben der Diskussion dieses grundlegenden Phänomens wird auch ein Überblick über Blutdruck- und Herzfrequenz im Verlauf der Schwangerschaft gegeben. Ebenso wird auf subjektive Symptomatik bei Hypotonie und die eher eingeschränkten Möglichkeiten einer Therapie dieser Symptomatik in der Schwangerschaft eingegangen.

Auf die gegenteilige Störung der maternalen Adaptation an die Schwangerschaftssituation, die hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen wird im nachfolgenden Beitrag hingewiesen. Neben einer Darstellung gegenwärtiger Erklärungsversuche der pathogenetischen Grundlagen wird auch auf die Folge dieser noch immer nicht umfassend geklärten Vorgänge, die endotheliale Dysbalance zwischen vasokonstriktorischen und vasodilatatorischen Substanzen (Thromboxan, Prostacyclin, Endothelin, NO) hingewiesen. Die

Suche nach überzeugenden Präventionsstrategien der schwangerschaftsinduzierten Hypertonie verlief bisher frustan. Weiterhin wird auf das klinische Erscheinungsbild und die Überwachung der Schwangeren mit hypertensiver Schwangerschaftserkrankung detailliert Bezug genommen. Auch die Problematik des Entbindungszeitpunktes wird diskutiert. Besonders wichtig für die Schwangerenbetreuung und geburtshilfliche Überwachung erscheint der Hinweis auf das hohe Wiederholungsrisiko von Präeklampsie und HELLP-Syndrom.

Die Pharmakotherapie der Hypertonie in der Schwangerschaft wird in der Therapieempfehlung der Deutschen Gesellschaft für klinische Pharmakologie und Therapie eingehend erörtert. Die Wirkung von Methyldopa, Betablockern, Kalziumantagonisten und Dihydralazin wird diskutiert, ebenso der Verzicht auf ACE Inhibitoren und Angiotensinrezeptorantagonisten sowie Nitroprussidnatrium in der Therapie Schwangerer. Die Prävention der Präeklampsie bzw. Eklampsie durch Magnesium ist Gegenstand der Erörterungen. Ebenfalls in diesem Beitrag wird die Bedeutung einer SIH-Prophylaxe

durch Aspirin-Gabe kritisch beleuchtet. Auch für Nachgeburtsperiode und Stillzeit wird Alphamethyldopa als Antihypertensivum der Wahl empfohlen, während Betablocker wegen ihrer Akkumulationstendenz in der Muttermilch vermieden werden sollten.

Die beiden abschließenden Beiträge des Schwerpunktthemas tragen besonders kritischen Situationen Rechnung der Schwangerschaft nach Nierentransplantation und der Schwangerschaft nach Herztransplantation. Die jeweilig spezifischen Risiken werden dargestellt, insbesondere auch die Problematik kardialer Belastung sowie renaler Komplikationen und die fetalen Auswirkungen der Immunsuppression mit Ciclosporin oder Azathioprin. Detailliert wird auf Konsultationsintervalle und Schwangerschafts- sowie Transplantatüberwachung eingegangen.

Die vorliegenden Arbeiten spiegeln den gegenwärtigen Kenntnisstand zur gestörten maternalen kardiovaskulären Adaptation in der Schwangerschaft wider. Die Beiträge zeigen aber auch, daß grundlegende Fragestellungen, insbesondere zur Pathogenese hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen, immer noch unbeantwortet sind.

Für die Herausgeber

W. Künzel

U. Lang