Frauenärztliche Notfälle – Teil 2

Richtig handeln
bei Eklampsie

SKEVOS KARAFYLLAKIS

Die Eklampsie kann für die Schwangere lebensbedrohlich sein. Plazentalösung, Nierenversagen oder zerebrale Blutungen sind häufige Komplikationen. Daher ist es unerlässlich, die Symptome dieses Krampfanfalls zu kennen und die entsprechenden Schritte zur Durchbrechung zu beherrschen.

Der eklamptische Anfall ist nicht, wie lange angenommen, das Endstadium der Präeklampsie, sondern eines der vielen klinischen Erscheinungsbilder der schweren Präeklampsie. Definiert ist die Eklampsie durch generalisierte Konvulsionen im Rahmen der Präeklampsie. Sie tritt bei ca. 0,6% der Frauen mit Präeklampsie auf und kompliziert in den Entwicklungsländern 1,6–10 pro 10.000 Entbindungen. Jeder zweite eklamptische Anfall tritt vor der 37. SSW auf und, obwohl dieser auch heute zur mütterlichen Sterblichkeit beiträgt, ist die exakte Pathogenese noch immer unklar.

Symptome

Der eklamptische Anfall ist fast immer selbstlimitierend und dauert selten länger als drei bis vier Minuten. Prodromale klinische Zeichen sind okzipitale Kopfschmerzen, visuelle Störungen, Schmerzen im rechten oberen Quadranten des Abdomens und im Epigastrium sowie Wesensveränderungen. Die Symptome sollten stets ernst genommen werden und wenigstens zu einer engmaschigeren Überwachung der Schwangeren führen. Die Korrelation zwischen arteriellen Blutdruck und Auftreten einer Eklampsie sind unklar. Alterierende kardiotokeografische Herzfrequenzmuster nach einem eklamptischen Anfall sind häufig und sollten uns Gynäkologen bekannt sein. Auch eine fetale Bradykardie von über fünf Minuten postkonvulsiv tritt häufig auf.

So muss behandelt werden

Eine Stabilisierung der Mutter mit antikonvulsiver Therapie, Blutdrucksenkung und Sauerstoffapplikation können zu einer Erholung des Fetus führen. Öfter folgt eine fetale Tachykardie mit Variabilitätsverlust, die bis zu 10–15 Minuten andauern kann. Persistieren diese Alterationen über 10–15 Minuten, sollte die rasche Entbindung erfolgen; diese stellt auch die einzige definitive Therapie dar.

Im akuten Fall hat die Erhaltung freier Atemwege die höchste Priorität. Die Schwangere sollte links gelagert werden und die Atmung mittels Sauerstoffmaske unterstützt werden. Ist der Blutdruck erhöht, sollte eine antihypertensive Therapie eingeleitet werden. Eine zügige Entbindung sollte erwogen werden.

Der Goldstandard zur Durchbrechung der Konvulsionen ist heute die intravenöse Applikation von Magnesiumsulfat, was in jeder Praxis, Station und Kreißsaal leicht verfügbar sein sollte. Zu den Kontraindikationen für Magnesiumsulfat zählt die Myasthenia gravis. Die Anfangsdosis Magnesiumsulfat sollte 4–6 g betragen und intravenös innerhalb von 15–20 Minuten verabreicht werden. Die anschließende Erhaltungsdosis beträgt 1–2 g pro Stunde. Diese Erhaltungsdosis sollte erst gegeben werden, wenn der Patellarsehnenreflex vorhanden ist, die Atemfrequenz über 12 liegt und die Ausscheidung über 100 ml pro Stunde beträgt. Ein rezidivierender eklamptischer Anfall im Rah-

Serie „Frauenärztliche Notfälle“

Bei akuten Ereignissen oder starken Beschwerden muss schnell entschieden werden, welche therapeutische Maßnahmen einzuleiten sind. Wir stellen Ihnen in einer neuen Serie die wichtigsten Notfälle in der Gynäkologie vor. Bisher erschienen:

- Teil 1: Blutungen in graviditate (Ausgabe 5/2012)
- Teil 2: Eklampsie

men dieser Erhaltungstherapie sollte mit 2 g Magnesiumsulfat intravenös für 15–20 Minuten behandelt werden. Bleibt auch diese Therapie erfolglos, dann sollte Diazepam eingesetzt werden.

Es treten bei 70% der Fälle maternale Komplikationen wie Plazentalösung, akutes Nierenversagen, Leberruptur, intrazerebrale Blutung, Aspirationspneumonie und akutes Lungenödem auf, um einige zu nennen. Die häufigste Ursache für die maternale Mortalität, die bis zu 14% betragen kann, ist die zerebrale Blutung und Ischämie. Der Großteil der perinatalen Mortalität (bis zu 23%) wird von der Frühgeburtlichkeit, der Plazentalösung und der intrauterinen Asphyxie getragen. Ungefähr 10% aller eklamptischen Anfälle rezidivieren bei einem schwangerschaftsverlängerndem Management.

Obwohl die Eklampsie mit einer hohen perinatalen Mortalität behaftet ist, ist eine Prädiktion bis heute nicht möglich. Erwähnenswert ist, dass bis zu 38% der eklamptischen Patientinnen Blutdrücke aufwiesen, die unter 140/90 mmHg lagen. Trotzdem haben die Mehrzahl der Patientinnen Stunden vor dem Anfall typische Symptome. Unsere größte Aufmerksamkeit gilt diesen klinischen prodromalen Zeichen.

Dr. med. Skevos Karafyllakis
Uniklinik Köln,
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe,
Kerpener Str. 34, 50931 Köln