

Präeklampsie – schweres schwangerschaftsspezifisches Krankheitsbild

Präeklampsie tritt bei 3–5 % der Schwangeren auf und geht mit einer hohen fetalen und maternalen Morbidität und Mortalität einher.

Dr. Jutta Jessen, Weinheim

Prof. Dr. Holger Stepan, Leiter der Abteilung Geburtsmedizin des Universitätsklinikums Leipzig, erläutert die Schwierigkeiten und Risikokonstellation der Diagnostik und Behandlung der Präeklampsie.

M&K: *Welches Krankheitsbild ist mit Präeklampsie verbunden und welche Risiken bestehen für Mutter und Kind?*

Prof. Dr. Holger Stepan: Die Präeklampsie ist in erster Linie als eine Funktionsstörung der Plazenta zu verstehen, deren Ursache noch nicht gänzlich geklärt werden konnte. Für die Mutter bedeutet dies eine generalisierte Dysfunktion des Endothels, wobei das körperliche Leitsymptom ein neu aufgetretener Bluthochdruck mit Werten über 140/90 mm Hg ist, welcher typischerweise erst nach der 20. Schwangerschaftswoche auftritt. Die Schwierigkeit besteht jedoch in der Differenzierung zu einer schwangerschaftsinduzierten Hypertonie (SIH) oder einer bereits vorbestehenden Hypertonie und der Möglichkeit einer sich darüber hinaus entwickelnden sog. Ppropf-Präeklampsie. Seit der neuen S2k-Leitlinie für „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen“ ist die bisher zur Diagnosesicherung einer Präeklampsie (zusätzlich zur Hypertonie) notwendige Proteinurie nicht mehr zwingend erforderlich. Eine Präeklampsie gilt somit als gesichert, wenn zu dem Hypertonus eine zusätzliche andere Organbeteiligung hinzukommt. Dies kann die Leber, im Rahmen eines HELLP-Syndroms (steigende Leberenzyme, sinkenden Thrombozyten, Hämolyse), die Niere



Prof. Dr. Holger Stepan

Zur Person

Nach dem Studium der Humanmedizin absolvierte Stepan die Ausbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Universitätsfrauenklinik in Leipzig. 2001 habilitierte er an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und wurde 2006 zum außerplanmäßigen Professor berufen. 2015 erfolgte die Berufung auf die Professur für Geburtsmedizin der Universität Leipzig. Seit 2018 ist **Prof. Stepan** medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Departments für Frauen- und Kindermedizin des Universitätsklinikums Leipzig.

und das ZNS betreffen. Auf der fetalen Seite manifestiert sich die Präeklampsie hauptsächlich in einer intrauterinen Mangelentwicklung aufgrund einer Insuffizienz der Plazenta. Der Ausprägungsgrad der Symptome beim Feten ist zudem von dem Manifestationszeitpunkt der Präeklampsie abhängig. Man unterscheidet die early-onset (<34. Schwangerschaftswoche) und die late-onset (>34. Schwangerschaftswoche) Präeklampsie. Vor allem bei der early-onset Präeklampsie stellt neben der ausgeprägteren Wachstumsrestriktion auch die möglicherweise unvermeidbare

frühzeitige Entbindung ein Problem für den Feten dar.

Bei welchen Indikationen ist die Präeklampsie-Diagnostik sinnvoll?

Stepan: Eine effektive und rechtzeitige Präeklampsiediagnostik ist in jedem Fall bei einem Verdacht auf eine Präeklampsie notwendig, weil die klinischen Symptome bei der Schwangeren oft sehr unspezifisch sein können. Wichtig ist vor allem bei fetaler Wachstumsrestriktion, maternalen Beschwerden, wie Oberbauchbeschwerden, Kopfschmerzen, Flimmerskotomen, zunehmenden Ödemen und natürlich neu aufgetretenem Hypertonus an eine mögliche Präeklampsie oder ein HELLP-Syndrom zu denken und diese auszuschließen. So einfach heutzutage die diagnostischen Mittel sind, welche uns zur Sicherung oder zum Ausschluss einer vorliegenden Präeklampsie zur Verfügung stehen, umso häufiger werden diese unspezifischen Symptome fehlgedeutet oder nicht genügend ernst genommen, was sowohl für den Feten als auch für die Mutter schwerwiegende Folgen nach sich ziehen kann. Die herkömmlichen Methoden zur Präeklampsiediagnostik allein wie Blutdruckmessung und Bestimmung der Proteinurie stellen hierbei lediglich eine unzureichende Möglichkeit dar, eine präzise Diagnose stellen zu können oder den Verlauf der Erkrankung vorherzusagen. Außerdem sollte bei einer auffälligen Präeklampsie-Diagnostik eine frühzeitige Angliederung an ein Perinatalzentrum erfolgen, welches darüber hinaus auch die genügende Erfahrung zur Interpretation der Ergebnisse besitzt und die möglicherweise daraus resultierenden Schlüsse für die Mutter und das ungeborene Kind ziehen kann. Neben der intensiven und optimierten Betreuung einer schwangeren Patientin mit gesicherter Präeklampsie stellt natürlich auch der Ausschluss einer aktuell vorliegenden Präeklampsie und der damit vermeidbaren Übertherapie, Hospitalisierung, Verunsicherung der Patientin und möglicherweise unnötigen Intervention einen großen Nutzen der Präeklampsie-Diagnostik dar.

Welche Bedeutung kommt den Angiogenesefaktoren bei der Diagnostik zu?

Stepan: Die Angiogenesefaktoren sind in der Diagnostik heute unverzichtbar, weil sie als Biomarker sehr gut die schnelle und präzise Diagnosestellung bzw. eine präzise und zuverlässige Ausschlussdiagnostik erlauben. Bei manifester Präeklampsie bzw. bei manifestem HELLP-Syndrom sind die Angiogenesefaktoren (sFlt1, PlGF-Quotient) neben der oben genannten Sicherung bzw. dem Ausschluss einer Präeklampsie gut geeignet, über einen definierten Zeitraum die Krankheitsdynamik vorherzusagen. Eine frühzeitige Angliederung und engmaschige Verlaufskontrolle an ein Perinatalzentrum zur Verlaufskontrolle des fetalen Wachstums, der maternalen Symptomatik und dem Verlauf der Angiogenesefaktoren dient hierbei zur Optimierung der Betreuung und Festlegung des möglichen Entbindungszeitpunktes und Entbindungsmodus (Einleitungsversuch versus primäre Sectio). Bei unauffälligen Angiogenesefaktoren kann zudem eine unnötige frühzeitige Entbindung sowie eine Hospitalisierung der Patientin vermieden werden.

Welche klinische Wertigkeit fällt dem sFlt-1/ PlGF-Test zu; welchen klinischen Nutzen bietet der Test?

Stepan: Der klinische Nutzen des sFlt1/PlGF-Quotienten liegt in einer zuverlässigen Risikoeinschätzung für die individuelle Schwangere. Das ist für Frauen mit Symptomen, die für eine Präeklampsie sprechen können, wichtig, aber auch für Schwangere mit Risikofaktoren wie beispielsweise einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung in der Anamnese oder einer vorbestehenden internistischen Erkrankung (z.B. Erkrankungen aus dem rheumatoiden Formenkreis oder einem nephrotischen Syndrom). Der Hauptnutzen in der klinischen Routine besteht in der sehr zuverlässigen Ausschlussdiagnostik, weil nur ein Teil von 20 % der Schwangeren mit der Verdachtsdiagnose „Präeklampsie“ letztendlich diese spezifische placentare Komplikation haben



und im Verlauf ihrer Schwangerschaft entwickeln. Hier zeigt sich auch der eigentliche Nutzen der Angiogenesefaktoren, da man die betroffene Schwangere schnell und zuverlässig beruhigen kann und von einer möglicherweise sonst notwendigen Hospitalisierung und vielleicht sogar unnötigen frühzeitigen Entbindung Abstand nehmen kann. Auch bei der Differenzierung zwischen einem SGA (small for gestational age)-Feten und einer IUGR (intrauterine growth restriction) können die Angiogenesefaktoren im Hinblick auf die Sicherung oder den Ausschluss einer möglichen Plazentainsuffizienz behilflich sein, denn auch bei einer Wachstumsrestriktion, welche im Rahmen einer Plazentainsuffizienz auftritt, ist der sFlt-1/PlGF-Quotient erhöht.

Welche Therapiemöglichkeiten stehen zur Präeklampsie-Behandlung zur Verfügung?

Stepan: Es gibt derzeit noch keine ursächliche Behandlung der Präeklampsie. Lediglich die symptomatische Therapie wie Blutdrucksenkung und engmaschigen Kontrolle der Schwangeren mit Präeklampsie stehen aktuell im Vordergrund der Behandlung. Die Präeklampsie wird im Prinzip kuriert durch die Entfernung der Plazenta aus dem mütterlichen Körper und folglich der Geburt des Kindes. Somit ist die Betreuung einer Schwangeren mit Präeklampsie immer eine Abwägung von

Risiko und Nutzen für die Mutter und den Feten, wofür der sFlt-1/PlGF-Quotient ein zusätzlicher wertvoller Marker für die Entscheidungsfindung zwischen Entbindung und abwartendem Verhalten darstellen kann.

Was gilt es zu beachten?

Stepan: Es gilt zu beachten, dass Schwangere auf mögliche Symptome und Risikokonstellationen frühzeitig hingewiesen werden und bei entsprechendem klinischen Verdacht die rechtzeitige Zuweisung in eine geburtshilfliche Klinik der entsprechenden Versorgungsstufe durchgeführt wird. Hier ist neben der geburtshilflichen vor allem auch die neonatologische Expertise von enormer Bedeutung, welche die anschließende Versorgung extremer frühgeborener und/oder stark retardierter Kinder sicherstellen muss. Zudem sollte das Bewusstsein vor allem auch im Bereich der niedergelassenen Gynäkologen und kleineren geburtshilflichen Kliniken für dieses Krankheitsbild geschärft werden. Nicht minder von Bedeutung ist die richtige Nachbetreuung der Patientinnen nach einer Präeklampsie, wie z.B. fortführender Blutdruckkontrollen nach der Entbindung mit ggf. Blutdruckeinstellung durch den Hausarzt, sowie die späteren regelmäßigen Kontrollen auf hypertensive Erkrankungen und andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen im weiteren Leben der Patientinnen. ■