

Barbara Wagner
Dr. med.

Antihypertensive Therapie bei Patientinnen mit Präeklampsie: eine prospektive, randomisierte Multicenterstudie zum Vergleich von Dihydralazin mit Urapidil

Geboren am 20.12.1974 in Marktredwitz
Staatsexamen am 10.05.2001 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Gynäkologie und Geburtshilfe
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Wacker

Definition und Klinik

Unter Präeklampsie versteht man das Auftreten von Bluthochdruck und Proteinurie ab der vollendeten 20. Schwangerschaftswoche. Sie tritt bei 2-7% aller Schwangerschaften in Europa auf und betrifft besonders junge Erstgebärende, Erstgebärende über 35 Jahren, Frauen mit Mehrlingsschwangerschaften, mit Diabetes mellitus oder familiärer Präeklampsiebelastung. Die Einteilung der hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen erfolgt international nach folgenden Kriterien:

- Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie nach der 20. Schwangerschaftswoche
- Präeklampsie (Hypertonie und Proteinurie) mit Eklampsie und HELLP-Syndrom
- Chronische Hypertonie bereits vor der 20. Schwangerschaftswoche

Definiert ist die Präeklampsie durch einen Bluthochdruck über 140/90 mmHg sowie eine Proteinurie von mehr als 300 mg in 24 Stunden. Weitere, fakultative Symptome sind: Augenflimmern, Ohrensausen, Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Hyperreflexie, Kopfschmerzen, Ödembildung. Schwerwiegende Komplikationen der Präeklampsie sind: eklamptischer Anfall, Oligurie und Anurie, Lungenödem, vorzeitige Plazentalösung, verminderte uteroplazentare Durchblutung, damit fetale Wachstumsretardierung und drohende kindliche Asphyxie. Das HELLP-Syndrom als Sonderform der Präeklampsie zählt ebenfalls zu den akuten Notsituationen.

Therapie der Präeklampsie

Bisher stellt die Entbindung die einzig mögliche kausale Therapie der Präeklampsie dar. In relativ frühen Schwangerschaftswochen und bei fehlender Lungenreifung des Kindes ist es wichtig, mit einer symptomatischen Therapie Zeit zu gewinnen. Die

symptomatische Therapie der Präeklampsie basiert auf folgenden Grundsätzen: antihypertensive Therapie, Eklampsieprophylaxe mit Magnesiumsulfat, Volumensubstitution. Ziel dieses Schemas ist es, schwere Komplikationen auf mütterlicher Seite zu vermeiden und eine Reifung des Kindes, soweit alle anderen Parameter dies zulassen, zu ermöglichen. Wichtig ist daher eine schonende, gut kontrollierbare und möglichst nebenwirkungsarme Therapie. Der Standard bei intravenöser antihypertensiver Therapie in der Schwangerschaft ist seit Jahrzehnten Dihydralazin, obwohl bekannt ist, dass dieses Medikament deutliche Hypotonien auslöst und häufig Nebenwirkungen wie Tachykardie, Kopfschmerzen und Übelkeit verursacht.

Vergleichsstudie Dihydralazin - Urapidil

Im Vorfeld durchgeführte Untersuchungen zeigten, dass mit dem α_1 -Rezeptorantagonisten Urapidil ein wirksames und gut kontrollierbares Antihypertensivum für die Schwangerschaft zur Verfügung steht. Die vorliegende Multicenter-Studie sollte nun an einem größeren Patientenkollektiv die Wirksamkeit von Urapidil im Vergleich zu Dihydralazin überprüfen und mögliche Nebenwirkungen auf mütterlicher und kindlicher Seite herausfiltern. In beiden Behandlungsgruppen wurde eine ausreichende Blutdrucksenkung erzielt, die jedoch in der Urapidilgruppe besser kontrollierbar war. Nebenwirkungen auf mütterlicher Seite (Tachykardie, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit) sowie beim Kind (pathologische CTG-Veränderungen) traten fast ausschließlich in der Dihydralazin-Gruppe auf. Urapidil ist nach unserer Ansicht eine sichere und nebenwirkungsarme Alternative zum alten Standard Dihydralazin und sollte einen vermehrten Eingang in die Präeklampsie-Therapie finden.