

Welches Antihypertensivum schützt Schwangere am besten?

Rolle der blutdrucksenkenden Therapie in Registerstudie untersucht

► Aus der Fachliteratur

CORK. Schwangere mit einer chronischen Hypertonie haben ein erhöhtes Risiko für maternale und perinatale Komplikationen. Eine optimale Blutdruckeinstellung kann das Risiko senken, die Medikation will aber gut gewählt sein.

In Ländern mit hohem Einkommen leiden 0,6–1,3 % aller werdenden Mütter an einer chronischen Hypertonie (CH). Darunter versteht man einen Bluthochdruck $\geq 140/90$ mmHg, der bereits vor der Schwangerschaft bestand oder vor der 20. Schwangerschaftswoche diagnostiziert wurde. Eine entsprechende Therapie wird zwar empfohlen. Bisher war aber unklar, inwieweit sich die Medikamente tatsächlich auf hypertoniebedingte Schwangerschaftsrisiken auswirken.

SUKAINAH AL KHALAF von der School of Public Health am University College Cork und Kollegen haben anhand elektronischer Patientinnenakten aus den Jahren 1997 bis 2016 den Einfluss verschiedener Antihypertensiva auf Blutdruck und Komplikationen genauer untersucht. Die Auswertung umfasste 1.304.679 (schwangere) Frauen und 1.894.184 Geburten. Primäre Endpunkte waren Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit und intrauterine Wachstumsrestriktion.

An einer chronischen Hypertonie litten 14.595 Schwangere, 6.786 von ihnen erhielten Antihypertensiva. In der gesamten Kohorte verzeichnete man 33.609 Präeklampsien (1,8 %) 76.518 vorzeitige Entbindungen (4 %) und 41.495 Geburten von Babys mit gestörtem Wachstum (2,2 %). CH-Patientinnen hatten gegenüber denjenigen ohne die Grunderkrankung generell ein größeres Risiko für Präeklampsie (adjustierte Odds ratio, aOR 5,74) Frühgeburten (aOR 2,53) und fetale Wachstums einschränkungen (aOR 2,51).

War eine antihypertensive Therapie erforderlich, so traten die Kom-

plikationen häufiger auf als bei un-
behandelten Frauen mit CH (aOR
1,17, 1,25 und 1,80). Zu besseren
Outcomes im Vergleich führte die
medikamentöse Behandlung, wenn
eine strengere Blutdruckkontrolle
($< 135/85$ mmHg) erreicht wurde.

Unter Methyldopa bestand ge-
genüber Betablockern eine grö-
ßere Wahrscheinlichkeit für die
Präeklampsie (aOR 1,43) und Früh-
geburtlichkeit (aOR 1,59), aber eine
geringere für fetale Wachstums-
restriktion (aOR 0,66). Zwischen
Kalziumkanalblockern und Beta-
blockern gab es keine wesentlichen
Unterschiede außer im Hinblick auf
Frühgeburten zu Ungunsten der Kal-
ziumkanalblocker (aOR 1,94).

Die Autoren schlussfolgern, dass
eine antihypertensive Therapie sowie
ein gut kontrollierter Bluthochdruck
Schwangerschaftskomplikationen
verringern, aber nicht verhindern
kann. Zudem scheinen sich Betablo-
cker insgesamt besser auszuwirken
als Methyldopa, nur nicht auf das
Risiko für intrauterine Wachstums-
restriktionen. *abr*

Al Khalaf S et al. Hypertension 2022;79:1560–
1570; doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.18920

Kurz kommentiert

Für Schwangere mit chronischer Hyper-
tonie ist mittlerweile bekannt, dass eine
gute Blutdruckkontrolle mit Zielwerten
unter $135/85$ mmHg Sinn ergibt. In der
vorliegenden Registerarbeit konnte sehr
elegant gezeigt werden, dass eine Einstel-
lung auf Werte unter $135/85$ mmHg sicher
und wichtig ist, um negative Auswirkun-
gen für Mutter und Kind zu reduzieren.
Grundsätzlich erscheint aber auch die in
den aktuellen Leitlinien geforderte frühe
und gute Blutdruckkontrolle wichtig.
Leider bleibt unklar, welche genutzte Me-
dikation Vor- und ggf. Nachteile hat. Inte-
ressant an der Studie war der Vergleich
zwischen den einzelnen Präparaten: Of-
fenbar schützen Betablocker besser vor
einer Präeklampsie als Methyldopa.

Ihr Prof. Prof. h.c. Dr. Markus van der Giet
Vorstandsmitglied Deutsche Hochdruck-
liga e.V.
Charité – Universitätsmedizin Berlin