Schwangerschaft und Geburt bei Eisenmengersyndrom

L.		Wiebogen
F.		Nagl
A.		Prestel
W.		Stummvoll

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried/Innkreis (Vorstand: Prim. Dr. F. Nagl)

Dr. L. Wiebogen, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Schloßberg 1, A-4910 Ried

Angeborene Herzfehler werden heute, bedingt durch die bessere Überlebenschance, immer häufiger als Komplikationen von Schwangerschaften beobachtet. Die klinische Bedeutung des Herzfehlers für die Schwangerschaft wird durch die Veränderungen in der Hämodynamik bestimmt.

Das Eisenmengersyndrom ist gekennzeichnet durch einen Ventrikelseptumdefekt mit Links-Rechts-Shunt und Hypertonie im pulmonalen Kreislauf. Das Verhältnis der pulmonalen zur peripheren Durchblutung ist umgekehrt proportional dem Verhältnis pulmonalem zu peripherem Gefäßwiderstand.

Die wichtigste Komplikation ist die sogenannte Eisenmenger-Reaktion, also eine Shuntumkehr, wobei das Eintreten eines Rechts-Links-Shunts sowohl durch Erhöhung des pulmonalen als auch durch Absinken des peripheren Blutdrucks hervorgerufen werden kann. Dies führt zu einer Vertiefung der Zyanose und Verschlechterung der peripheren Sauerstoffversorgung. Weitere Komplikationen sind die Entwicklung einer nicht beherrschbaren Herzinsuffizienz, thromboembolische Ereignisse, Infektionen und bakterielle Endocarditiden.

Eine Schwangerschaft bedeutet bei dieser pathologischen Situation ein hohes mütterliches Risiko. Die Mortalitätsrate liegt bei Interruptiones bis zur 20. SSW bei 7%, bei ausgetragenen Schwangerschaften zwischen 30 und 60%. Auf Grund der Seltenheit des Krankheitsbildes sollen Vorgehen und Verlauf anlässlich eines eigenen Falles dargestellt werden.

Bei der 22jährigen I. Gravida wurde das kongenitale Vitium 1980 als Eisenmengersyndrom abgeklärt. Bei der letzten Kontrolle vor der Schwangerschaft fand sich echokardiographisch und bei Herzkatheteruntersuchungen ein Rechts-Links-Shunt mit Pulmonalarterien-

Freie Vorträge (Geburtshilfe: Schwangerschaft)

155

druckwerten um 50 mmHg systolisch. Gegenüber einem Normalwert von 25/10 mmHg schon eine beträchtliche Erhöhung. Die Schwangerschaft wurde von Beginn an engmaschig ultrasonographisch, kardiologisch und im letzten Trimenon auch kardioto-kographisch überwacht. Die Parameter ergaben einen normalen Verlauf. Bei der letzten echokardiographischen Untersuchung der Graviden 7 Wochen vor dem Termin bestand noch immer ein Links-Rechts-Shunt. In der 38. SSW trat eine zunehmende Zyanose und leichte Ruhedyspnoe auf. Die Schwangere wurde umgehend hospitalisiert.

Bei einer systemischen Hypotonie um 90/60 mmHg war der Druck in der Arteria pulmonalis bis auf 84/18 mmHg gestiegen, das heißt, es bestand die akute Gefahr einer Shuntumkehr. Es wurde

deshalb eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft indiziert. Als Geburtsmodus wurde im Konsilium mit dem Kardiologen und Anästhesisten in dieser Situation die Schnittentbindung gewählt, um einen möglichst kontrollierbaren, kurzen Geburtsverlauf ohne Pressen und damit verbundener Druckerhöhung im kleinen Kreislauf zu gewährleisten. Bei der vorzeitigen Einleitung einer vaginalen Geburt wäre dies unter Umständen nicht möglich gewesen. Der Eingriff erfolgte in Epiduralanaesthesie, um eventuelle höhergradige Blutdruckabfälle nach Narkoseeinleitung vermeiden zu können, die bei Herzkranken mit Shunt nur schwer zu vermeiden sind. Bei Links-Rechts-Shunt kommt es infolge teilweiser Rezirkulation des Blutes im Lungenkreislauf und entsprechender Zunahme des zentralen Blutvolumens zu einer verlangsamten Anflutung des intravenösen Narkosemittels, während bei Rechts-Links-Shunt das i. v. verabreichte Narkosemittel die zerebralen Zentren wesentlich schneller als normal erreicht, wodurch stärkere Blutdruckabfälle hervorgerufen werden können. Leider dislozierte der Pulmonalarterienkatheter beim Legen des Epiduralkatheters, sodaß während der Sectio keine Drucküberwachung im kleinen Kreislauf möglich war.

Der Operationsverlauf war aber komplikationslos. Es wurde ein kräftiger Knabe mit einem Nabelschnurarterien-pH von 7,33 entbunden. Peri- und postoperativ wurde eine Thromboseprophylaxe mit Low-dose-Heparin durchgeführt. Ebenso eine antibiotische Absicherung mit Cephalosporinen. Der Wochenbettverlauf war im wesentlichen komplikationslos. Mutter und Kind wurden am 16. postoperativen Tag nach Hause entlassen. Eine Tubenligatur im Rahmen der Sectio wurde von der Patientin wegen weiteren Kinderwunsches strikt abgelehnt, sodaß bei ihr trotz eingehender Aufklärung nochmals mit einer Schwangerschaft gerechnet werden muß.

Aber auch diese kann hoffentlich zu einem guten Ende geführt werden, wenn die Schwangerschaft intensiv überwacht wird

Kardiologen, Anästhesisten und Geburtshelfer eng zusammenarbeiten

Medikation weiter wie vor der Schwangerschaft gegeben wird

peripartal antibiotische Absicherung

keine Antikoagulantien in der Schwangerschaft

bei Gefahr der Shuntumkehr Gabe von O₂ und Alphasympatomimetica

eventuell vorzeitige Entbindung.

Prinzipiell sollte aber einer Patientin mit Eisenmengersyndrom eindringlich von einer Schwangerschaft abgeraten werden, da sowohl die medizinisch-indizierte Interruptio als auch das Austragen der Schwangerschaft mit einer sehr hohen Letalität behaftet ist.