

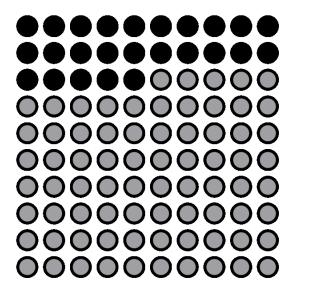
Wenn sich die Schwangerschaft aufs' Herz schlägt

Herzinsuffizienz in der Schwangerschaft

OA Dr. Dr. Jörg Kellermair



 Maternale Herzerkrankung ist indirekte Haupttodesursache in Schwangerschaft (25%). Davon sind wiederum 25% bedingt durch Kardiomyopathien.





Physiologie der Schwangerschaft



- Plasmavolumen (normal: 2.5-3.5L): + 50%
- Herzzeitvolumen (SV x HF/min): +50%
- Vergrößerung der Herzkammern
- Abnahme des peripheren pulmonalen und systemischen Widerstandes (PVR und SVR)



Mehr Wasser, höhere Herzfrequenz, höherer Blutdruck





Kardiale Beanspruchung



- Erschöpfung/Müdigkeit
- Beinödeme
- Dyspnoe



UNSPEZIFISCH UNSPEZIFISCH DIFFERENTIALDIAGNOSEN



- 1 Lungenembolie
- 2 Präeklampsie



Oft erst späte Diagnose



Herzinsuffizienz in der Schwangerschaft - Ursachen

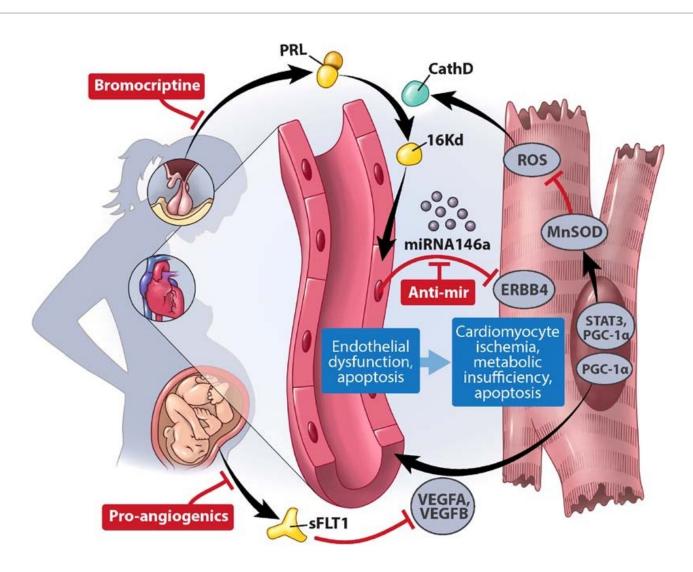
Angeborene und erworbene Kardiomyopathien





- Definition: LVEF <45% in bestimmer Zeitspanne (>36 SSW bis 5 Monate postpartum)
- Symptome: Dyspnoe, Embolische Ereignisse (Insult, Lungenembolie), periphere Ödeme, Rhythmusstörungen
- Häufig in Afrika (Südafrika, Nigeria), Europa 1:1000
- 7-50% Mortalität
- Hohe Rezidivrate bei nachfolgender Schwangerschaft







BOARD

Bromocryptin (Dopamin Agonist)

Orale Herzinsiffizienztherapie (ACE Hemmer, Betablocker)

Antikoagulation

vasoRelaxantien

Diuretika

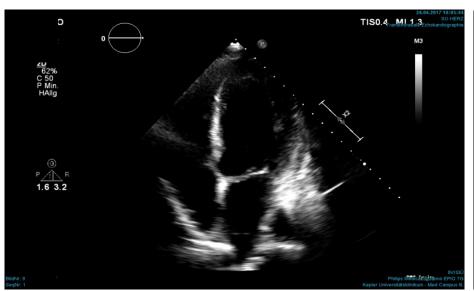


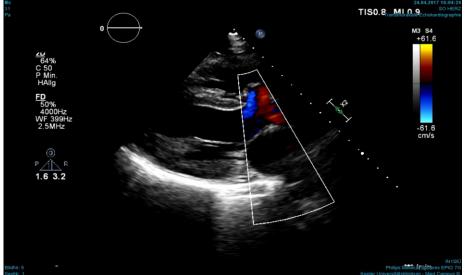


36 jährige Patientin. Ein Tag nach Geburt von Zwillingen klagt die Patientin über Ruhe-Dyspnoe. Keine Medikamente, keine Vorerkrankungen.











Therapieeinleitung:

Enalapril 5mg ½-0-0

Metoprolol 47,5mg 1/4-0-0

Lasix 40mg 1-1-0

Bromocryptin 2,5mg 1-0-1

Lovenox 60mg 1-0-0

Kontrolle nach 6 Wochen





Herzinsuffizienz in der Schwangerschaft - Ursachen

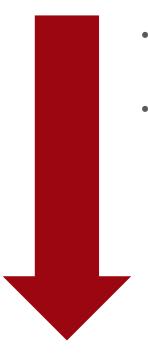
Angeborene und erworbene Kardiomyopathien





Herzinsuffizienz in der Schwangerschaft - Ursachen

Angeborene und erworbene Kardiomyopathien



- Patienten mit angeborenen, komplexen Herzvitien erreichen Erwachsenenalter
- Schwangerschaftsalter steigt rapide (bis 29-31Jahre im Durchschnitt) und damit Komorbiditäten



Vorbestehende Herzinsuffizienz – spez. Probleme

- Valvuläre CMP
- Dilatative/inflammatorische CMP
- Hypertrophe CMP
- Hypertensive CMP
- Angeborene Herzvitien
- Ischämische CMP

höhere Gradienten (HZV)

ventrikuläre Dilatation (Plasmavolumen)

erhöhter Ausflußtraktgradient (HZV)

erhöhte Rate Präeklampsie (25% vs. 5%)

Vererbung

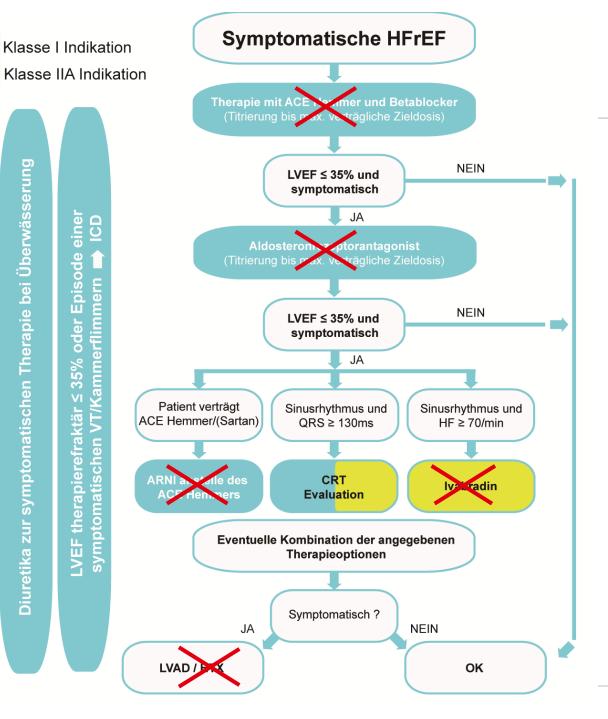
Antiaggregationstherapie



1. Schweregrad und Risikoabschätzung

	mWHO	mWHO II	mWHO II/III	mWHO III	mWHO IV
Diagnose	Pulmonalstenose	ASD, VSD Fallot	CMP EF >45% Hypertrophe CMP	CMP EF 30-45% Aortenstenose Fontan	PAH Mitralstenose Sy Aortenstenose
Risk	5%	10%	15%	20%	>50%

- 2. Ausgangsbefund (Echokardiographie, EKG, Röntgen?, NT proBNP)
- 3. Therapie der Herzinsuffizienz







Alles andere kontraindiziert!

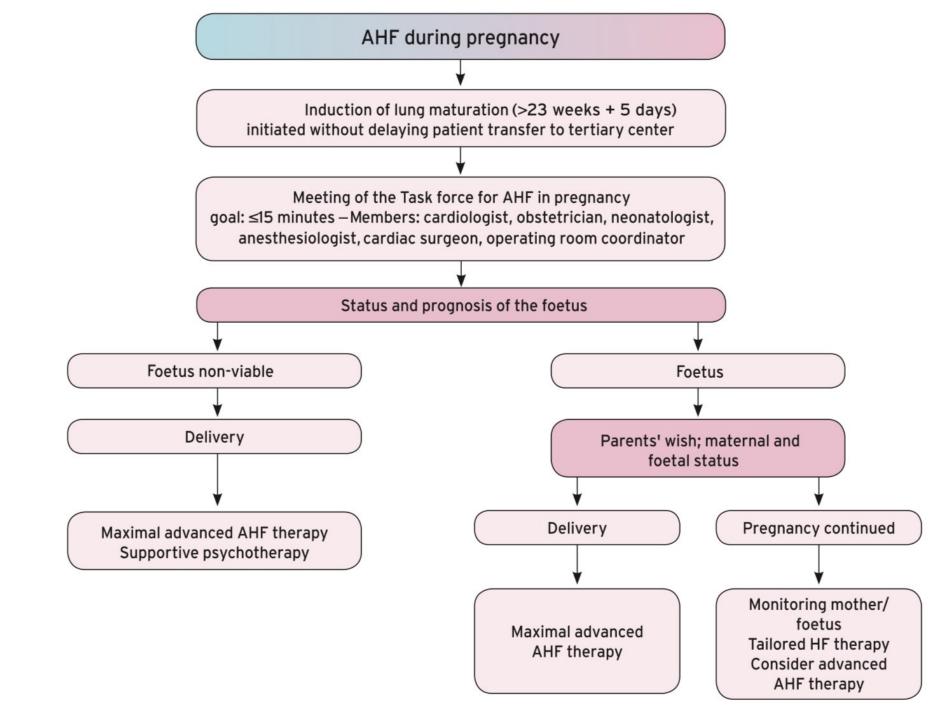
Typischer Ablauf in der Ambulanz



- 1. Schweregrad und Risikoabschätzung
- 2. Ausgangsbefund (Echokardiographie, EKG, Röntgen?, NT proBNP)
- 3. Therapie der Herzinsuffizienz
- 4. Kontaktaufnahme mit Gynäkologen betreffend "Mode of Delivery":

Vaginal vs. Kaiserschnitt

- Meistens ist eine vaginale Geburt möglich
 - Mutter>Fötus



Typischer Ablauf in der Ambulanz



- 1. Schweregrad und Risikoabschätzung
- 2. Ausgangsbefund (Echokardiographie, EKG, Röntgen?, NT proBNP)
- 3. Therapie der Herzinsuffizienz
- 4. Kontaktaufnahme mit Gynäkologen betreffend "Mode of Delivery"
- 5. Laktation/Stillen
- Bei V.a. peripartum CMP-> Abstillen

