

DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK

Definition

Die neue Definition der Präeklampsie umfasst **jeden erhöhten Blutdruck $\geq 140/90$ mmHg** in der Schwangerschaft mit mindestens einer neu auftretenden Organmanifestation:

- ▶ **Niere:** Proteinurie, Oligurie;
- ▶ **Leber:** Oberbauchschmerz, Transaminasenerhöhung;
- ▶ **Respiratorisches System:** respiratorische Insuffizienz, Pleuraerguss, Lungenödem;
- ▶ **Hämatologisches System:** Thrombozytopenie, Hämolyse;
- ▶ **Zentrales Nervensystem:** Kopfschmerzen, Visusstörungen bis zur Blindheit, Hyperreflexie, Eklampsie;
- ▶ **Plazenta:** intrauterine Wachstumsretardierung, erhöhter sFlt-1/PlGF-Quotient.

Risikobestimmung im 1. Trimenon

Das Risiko für eine später in der Schwangerschaft (> 20. SSW) auftretende Präeklampsie kann durch die zusätzliche Laborbestimmung von PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A) und PlGF im Rahmen des Ersttrimesterscreenings errechnet werden, sodass vor klinischer Manifestation geeignete Maßnahmen eingeleitet werden können.

Diagnostik im 2. und 3. Trimenon

Die Bestimmung der zwei Präeklampsiemarker sFlt-1 und PlGF aus dem mütterlichen Serum mit nachfolgender Berechnung des Quotienten aus beiden Werten erlaubt mit hoher Zuverlässigkeit ab der 20. SSW die Differenzierung einer Präeklampsie von einer normal verlaufenden Schwangerschaft bei Risikopatientinnen und Patientinnen mit Verdacht auf Präeklampsie.

PROPHYLAXE

In der ASPRE-Studie konnte gezeigt werden, dass die Einnahme von Acetylsalicylsäure (ASS) eine Präeklampsie vorbeugen kann. Die derzeit effektivste Prophylaxe für Patientinnen mit anamnestischem Risiko und/oder hohem Präeklampsierisikoscore im Screening besteht in der Einnahme von 150 mg ASS pro Tag. Beginn der Einnahme sollte vor der 16. SSW erfolgen, bis maximal zur 34.–36. SSW.

Es wird eine abendliche Einnahme empfohlen, da die Tabletteneinnahme am Abend eine bessere Wirkung auf die Reduktion der Präeklampsie zeigt. Die Prophylaxe wird heute international von allen Fachgesellschaften empfohlen.

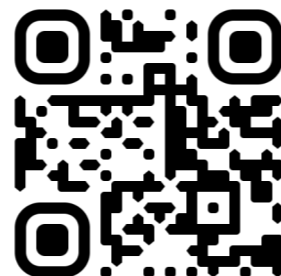
BUCHEN SIE JETZT EINEN TERMIN BEI UNS!

Web: dr-androsova.at

Tel: +43 225 227 50 04

Email: ordination@dr-androsova.at

Braitner Straße 41 / 1A
2500 Baden bei Wien



Ordination
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. Olena Androsova

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe



Ordination
Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. Olena Androsova

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

PRÄEKLAMPISIE SCREENING IN DER SCHWANGERSCHAFT

Die Präeklampsie ist eine Schwangerschaftskomplikation (Häufigkeit: ca. 2 – 5 % aller Schwangerschaften), die mit einer hohen maternalen und kindlichen Morbidität und Mortalität einhergeht. Die Präeklampsie kann zu einer Eklampsie (generalisierte Krampfanfälle) oder einem HELLP-Syndrom (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets) fortschreiten.



ÄTIOLOGIE

Man unterscheidet die frühe (early-onset) von der späten (late-onset) Präeklampsie.

Ursächlich für die **frühe Präeklampsie**, auch plazentare Präeklampsie genannt, ist eine Dysfunktion der Plazenta, bedingt durch eine reduzierte Konversion der Spiralarterien und verminderte Trophoblasteninvasion in der frühen Schwangerschaft.

Bei der **späten Präeklampsie**, auch maternale Präeklampsie genannt, geht man davon aus, dass sich eine maternale Prädisposition zu kardiovaskulären Erkrankungen im Rahmen der Belastung einer Schwangerschaft manifestiert.

Es wurden zwei **Angiogenese-Faktoren** identifiziert, deren Ungleichgewicht bei der Entstehung der Präeklampsie eine zentrale Rolle spielt:

- ▶ **sFlt-1** („soluble fms-like tyrosine kinase 1“) hemmt das Gefäßwachstum;
- ▶ **PlGF** („placental growth factor“) fördert es.

Im Verlauf einer unauffälligen Schwangerschaft steigt der angiogene Faktor PlGF während der ersten beiden Trimester an und fällt gegen Ende der Schwangerschaft ab.

Im Gegensatz dazu bleibt die Konzentration des anti-angiogenen Faktors sFlt-1, der die Gefäßbildung unterdrückt, am Anfang und in der Mitte der Schwangerschaft konstant und steigt erst am Ende an.

RISIKOFAKTOREN FÜR EINE PRÄEKLAMPSIE*

- ▶ Vorangegangene Schwangerschaft mit Präeklampsie, Eklampsie oder HELLP
- ▶ Präeklampsie, Eklampsie oder HELLP in der Familie
- ▶ Chronische Vorerkrankungen:
 - Hypertonie
 - Diabetes
 - Nierenleiden
 - Hyperandrogenämie
 - Thrombophilie
 - Antiphospholipid-Syndrom
 - Autoimmunerkrankungen
- ▶ Mehrlingsschwangerschaft
- ▶ Ethnizität (afrikanisch bzw. afroamerikanisch)
- ▶ Junge Erstgebärende
- ▶ Schwangere über 35 Jahre
- ▶ Übergewicht (BMI über 35)
- ▶ Chronischer Hypertonus $\geq 140/90$ mmHg
- ▶ Proteinurie
- ▶ Niedriger PAPP-A-Wert

* Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie. Leitlinienprogramm der DGGG, OEGGG und SGGG, 2018.

BEFUNDBEURTEILUNG

SCREENING AUF PRÄEKLAMPSIE (SSW 11–14)

- ▶ Ein berechnetes Risiko von $< 1 : 150$ gilt als **unauffällig**.
- ▶ Bei individuellen Risiken $> 1 : 150$ wird eine **ASS-Prophylaxe** mit 150 mg ASS (Acetylsalicylsäure) pro Tag angeraten.

Die Detektionsrate bei diesem Cut-off liegt bei 89 % bei 10 % falsch positiven Ergebnissen.

DIAGNOSE EINER PRÄEKLAMPSIE (AB SSW 20 + 0)

▶ **Unauffälliger sFlt-1/PlGF-Quotient:**
 < 38 Ausschluss einer Präeklampsie für vier Wochen, sofern kein neuer Verdacht besteht (NPV: 94,3 %).

▶ **Grenzwertiger sFlt-1/PlGF-Quotient:**
 ≥ 38 –85 in der frühen Gestationsphase (**SSW 20 + 0 bis 33 + 6**) bzw. ≥ 38 –110 in der späten Gestationsphase (**SSW 34 + 0 bis Niederkunft**).

Moderates Risiko für das Auftreten einer Präeklampsie innerhalb der nächsten vier Wochen (PPV 38,6 %), zur weiteren Risikostratifizierung 1–2-wöchentliche Verlaufskontrollen.

▶ **Erhöhter sFlt-1/PlGF-Quotient:**
Werte > 85 in der frühen Gestationsphase (**SSW 20 + 0 bis 33 + 6**) bzw. von > 110 in der späten Gestationsphase (**SSW 34 + 0 bis Niederkunft**) sprechen für eine manifeste Präeklampsie (Spezifität 95,5 %).

Der sFlt-1/PlGF-Quotient ist nicht für ein generelles Präeklampsiescreening evaluiert, sondern sollte nur bei Schwangeren mit Zeichen und Symptomen einer Präeklampsie bzw. bei asymptomatischen Schwangeren mit einem erhöhten Präeklampsierisiko als weiteres diagnostisches Kriterium eingesetzt werden.