

Wie streng muss der Bluthochdruck bei Schwangeren kontrolliert sein?

Bei mittelgradiger Hypertonie in der Schwangerschaft war bisher unklar, wie streng der Blutdruck zur Vermeidung schwerer Komplikationen bei Mutter und Kind kontrolliert werden soll. Eine randomisierte Multizenterstudie (CHIPS) zeigte jetzt, dass die weniger strenge Blutdruckkontrolle mit diastolischem Zielwert von 100 mmHg (vs. diastolisch 85 mmHg) die Komplikationsrate für Mutter und Kind nicht signifikant erhöht. Allerdings kam es signifikant häufiger zu schweren Hypertonien bei den Müttern.

New England Journal of Medicine

Chronische Hypertonie bei Schwangeren wird immer häufiger, vor allem aufgrund des gestiegenen mütterlichen Alters sowie aufgrund der Zunahme übergewichtiger/adipöser Frauen zu Schwangerschaftsbeginn. Gemäss den Autoren der unabhängigen, internationalen Studie CHIPS (= Control of Hypertension in Pregnancy Study) (1) besteht heute bei knapp 10% der Schwangeren ein Bluthochdruck – bei 1% vorbestehend, bei zirka 6% als Schwangerschaftshypertonie ohne Proteinämie, bei 2% mit Entwicklung einer Präeklampsie. Die Komplikationsrisiken für Mutter und Kind sind belegt.

Bei mittelgradiger Hypertonie in der Schwangerschaft wird das Mass der Blutdrucksenkung viel diskutiert, ist aber nicht geklärt. Die vorliegenden randomisierten, kontrollierten Studien sind eher klein und mehrheitlich von ungenügender Qualität. Entsprechend geben internationale Guidelines uneinheitliche Empfehlungen für diese Situation (entweder die weniger strenge Blutdruckkontrolle mit diastolischem Zielwert von 100 mmHg oder die strenge Kontrolle mit diastolischem Zielwert von 85 mmHg).

Die Studie CHIPS untersuchte beide Therapiestrategien bei Schwangeren mit mittelgradiger («non severe») Hypertonie ohne Proteinurie hinsichtlich der perinatalen und mütterlichen Komplikationsraten.

Rund 1000 Schwangere mit Hypertonie in der Analyse

Die offene, internationale Multizenterstudie schloss 1030 Schwangere von der 14. bis zur 33. Schwangerschaftswoche (14/0 SSW bis 33/6 SSW) mit vorbestehender oder Gestationshypertonie ohne Proteinurie ein. Die schwangeren Frauen hatten bei Studienbeginn einen in der Praxis gemessenen diastolischen Blutdruck von 90 bis 105 mmHg oder bei vorbestehender antihypertensiver Medikation von 85 bis 105 mmHg.

Die Randomisierung erfolgte im Verhältnis 1:1 in eine erste Gruppe mit weniger strenger Blutdruckkontrolle (Ziel: diastolisch 100 mmHg) und in eine zweite Gruppe mit strenger Blutdruckkontrolle (Ziel: diastolisch 85 mmHg). Das Studienprotokoll empfahl Labetalol als Medikament der ersten Wahl.

Der primäre Endpunkt war Schwangerschaftsverlust oder die intensive Neugeborenenbetreuung während mehr als 48 Stunden während der ersten 28 Tage nach der Geburt. Sekundäre Endpunkte waren schwere mütterliche Komplikationen in den 6 Wochen postpartum oder bis zur Klinikentlassung.

Schwere Komplikationen nicht signifikant erhöht, dennoch ...

Von den 987 Frauen, deren Daten ausgewertet wurden, hatten 74,6% eine vorbestehende Hypertonie. Bezüglich des

primären Endpunktes zeigte sich in beiden Gruppen quasi kein Unterschied (31,4 vs. 30,7%; adjustierte Odds Ratio: 1,02; 95%-KI: 0,77–1,35). Ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich war die Rate schwerer mütterlicher Komplikationen (3,7 vs. 2,0%; Odds Ratio 1,74; 95%-KI: 0,79–3,84), wobei der mittlere diastolische Wert in der weniger streng kontrollierten Gruppe um 4,6 mmHg höher lag.

... signifikant mehr schwere Hypertonien

Schwere Hypertonien ($\geq 160/110$ mm Hg) entwickelten sich allerdings bei 40,6% der Frauen in Gruppe 1, also in der weniger strengen Blutdruckkontrolle, und bei 27,5% der Frauen in Gruppe 2 ($p < 0,001$). Der Unterschied war signifikant.

Einschätzung

In einem Kommentar zur Studie CHIPS (2), in der auch Nutzen und Risiko der Blutdrucksenkung bei schwangeren Hypertonikerinnen generell beleuchtet werden, folgern die Autoren, dass die Anwendung von Labetalol wirksam ist (auch wenn nur zwei Drittel der Teilnehmerinnen das Medikament einnahmen). Eine strenge Hypertoniekontrolle mit diastolischem Zielwert von 85 mmHg bringt, so die Kommentatoren, aber keinen offensichtlichen Nutzen für den Fetus und nur einen mittelgradigen für die Mutter (geringere Progression von mittelschwerer zu schwerer Hypertonie). Jedoch bedeutet diese Therapiestrategie auch kein erhöhtes Risiko für den Fetus oder das Neugeborene. ■

Bärbel Hirrlé

Quellen:

1. Magee LA et al.: Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *NEJM* 2015; 372 (5): 407–418.
2. Solomon CG, Greene MF: Control of hypertension in Pregnancy – if some is good, is more worse? *NEJM* 2015; 372 (5): 475–476.