MedWiss.Online

Cochrane Review zu Bluthochdruck in der Schwangerschaft: Eine frühe Geburt planen und einleiten – oder besser abwarten?

Freiburg. **Bluthochdruckerkrankungen in der Schwangerschaft zählen weltweit zu den häufigsten Ursachen schwerer Komplikationen bei Müttern und Neugeborenen. Ein aktueller Cochrane Review zeigt: Wird die Geburt bei Schwangeren mit Bluthochdruck ab der 34. Woche früh eingeleitet, erleiden diese Frauen nur noch gut halb so viele Komplikationen wie wenn man abwartet – ohne dass die Kaiserschnittrate steigt. In Ländern mit niedrigem Einkommen fanden sich in den Daten Hinweise, dass eine geplante frühe Geburt die Zahl an tot geborenen Kindern verringern könnte. Ob dieser Effekt auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar ist, bleibt unklar.**

Der passend zum Welt-Präeklampsie-Tag (22.5.) veröffentlichte Cochrane Review hat sechs randomisiert kontrollierte Studien mit insgesamt 3.491 Frauen ausgewertet. Verglichen wurde eine geplante frühzeitige Geburtseinleitung oder – sofern medizinisch erforderlich – ein Kaiserschnitt mit einem abwartenden Management, bei dem die Schwangerschaft unter engmaschiger Überwachung fortgeführt wird, solange keine schwerwiegenden Komplikationen auftreten.

Die eingeschlossenen Studien wurden zwischen 2002 und 2022 durchgeführt. Fünf der sechs Studien stammen aus Ländern mit hohem Einkommen (Großbritannien, Niederlande, USA), eine Studie wurde in zwei Ländern mit niedrigem bzw. niedrig-mittlerem Einkommen durchgeführt (Sambia und Indien). Die Studien schlossen Frauen mit verschiedenen Bluthochdruckerkrankungen ein: Präeklampsie, Schwangerschaftsbluthochdruck und chronischer Bluthochdruck. Der Zeitpunkt der geplanten Geburt variierte je nach Studie zwischen der 34. und der 41. Schwangerschaftswoche.

Der Cochrane Review, der von einem internationalen Forscherinnen-Team um die Erstautorin Dr. Alice Beardmore-Gray (King’s College London) erstellt wurde, zeigt im Detail: Eine geplante frühe Geburt senkt das insgesamte Risiko der Schwangeren, eine von mehreren verschiedenen schweren Komplikationen zu erleiden. Damit waren verschiedene schwere Erkrankungen wie etwa epileptische Krampfanfälle, Lungenödeme, Nierenversagen und das lebensbedrohliche, so genannte HELLP-Syndrom sowie der Tod der Mutter gemeint. Ohne eine geplante frühe Geburt erlitten etwa 47 von 1.000 Schwangeren mit Bluthochdruckerkrankungen irgendeine dieser schweren Komplikationen. Mit geplanter früher Geburt waren es nur etwa 25 von 1.000 Schwangeren. (RR 0,54; 95%-KI: 0,37 bis 0,77; 6 Studien, 3.491 Teilnehmerinnen; Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: hoch)

Und wie beeinflusst eine geplante frühe Geburt das Risiko für eine bestimmte, einzelne schwere Komplikation – also beispielsweise das Risiko nur für ein Lungenödem oder das Risiko nur für eine schwere Nierenfunktionsstörung? Diese Frage lässt sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht beantworten. Die verschiedenen einzelnen Komplikationen traten in den Studien nämlich jeweils zu selten auf, um daraus sichere Schlüsse ableiten zu können.

Auf die Sterblichkeit der Mütter hat eine geplante frühe Geburt möglicherweise keinen oder nur einen geringen Einfluss. Allerdings ist die Datenlage bei dieser Frage sehr beschränkt: Es kam

Alle Rechte: © MedWiss.Online / HealthCom | MWI | www.medwiss.de

nämlich nur in 2 der 6 ausgewerteten Studien überhaupt zu Todesfällen – und zwar zu lediglich 4 Todesfällen insgesamt (3 bei abwartendem Management und 1 bei geplanter früher Geburt). Wegen der dünnen Datenbasis ist dieses Teil-Ergebnis des Reviews mit einer relativ großen Unsicherheit behaftet und weitere Forschung könnte das Ergebnis noch ändern. (6 Studien mit 3491 Teilnehmerinnen, Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: low)

Zugleich erhöht eine früh eingeleitete Geburt das Kaiserschnittrisiko nicht: Von 1.000 Schwangeren mit Bluthochdruckerkrankung, bei denen unter engmaschiger Überwachung abgewartet wurde, brachten etwa 429 ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt. Von 1.000 Schwangeren, bei denen die Geburt früh eingeleitet wurde, waren es etwa 403. (RR 0,94; 95%-KI: 0,83 bis 1,06; 6 Studien, 3.539 Teilnehmerinnen; Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: hoch)

„Wenn man Frauen eine frühe Einleitung anbietet, lautet ihre erste Frage: Erhöht das nicht mein Risiko für einen Kaiserschnitt? Diese Frage klar mit Nein beantworten zu können, ist eine wirklich wichtige Information, wenn wir sie über den besten Zeitpunkt für die Geburt beraten“, erklärt Review-Erstautorin Dr. Alice Beardmore-Gray, Oberärztin am King’s College London. „Mit der Einschätzung, ab wann wir eine Geburt einleiten sollen, ringen wir klinisch jeden Tag. Ein weit verbreiteter Irrglaube ist, dass Mutter und Kind durch weiteres Zuwarten mehr Zeit gewinnen. Tatsächlich aber verzögert man damit oft nur eine unvermeidliche Notgeburt – zu einem Zeitpunkt, an dem es beiden möglicherweise schlechter geht.“

Hinweise auf weniger tot geborene Kinder durch eine frühe Geburtseinleitung fanden sich ausschließlich in der einzigen Studie aus Ländern mit niedrigem beziehungsweise niedrig-mittlerem Einkommen. (In den Studien aus Ländern mit hohem Einkommen wurden keine Totgeburten berichtet.) Wartete man bei Schwangeren mit Bluthochdruckerkrankung unter engmaschiger Überwachung ab, werden laut der einen ausgewerteten Studie etwa 7 von 1.000 Kindern tot geboren. Mit einer früh eingeleiteten Geburt sind es wahrscheinlich etwa 2 pro 1.000. Die Übertragbarkeit dieses Teilergebnisses auf Deutschland bleibt allerdings unklar. (RR 0,25; 95%-KI: 0,07 bis 0,87; 5 Studien, 3.407 Teilnehmerinnen, Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: moderat)

Die Forschenden wollten auch herausfinden, ob eine früh eingeleitete Geburt dafür sorgt, dass weniger lebend geborene Kinder in den ersten Tagen sterben oder schwer erkranken. Die Ergebnisse der einbezogenen Studien weichen allerdings stark voneinander ab, sodass sich dazu keine verlässlichen Aussagen ableiten ließen. (RR 1,06; 95%-KI: 0,75 bis 1,51; 6 Studien mit 3576 Teilnehmerinnen, Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: sehr niedrig).

Was der Review hingegen zeigen konnte: Wahrscheinlich hat eine geplante frühe Geburt keinen oder nur einen kleinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass Neugeborene anschließend auf eine Neugeborenenstation aufgenommen werden müssen (RR 1,11; 95%-KI: 0,90 bis 1,37; 6 Studien mit 3.560 Teilnehmerinnen; Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: moderat)

Langfristige Daten zur kindlichen Entwicklung nach einer späten Frühgeburt – also ab der 34. Schwangerschaftswoche – und zur dauerhaften kardiovaskulären Gesundheit der Mütter, die während der Schwangerschaft an einer Bluthochdruckerkrankung litten, fehlen bislang. Die Cochrane-Autorinnen empfehlen, diesen Fragen in künftiger Forschung nachzugehen.

Die Ergebnisse des Reviews stützen im Wesentlichen die aktuelle deutsche S2k-Leitlinie „Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft“ (AWMF 015-018, Stand: Juli 2024). Die Leitlinie empfiehlt bei Präeklampsie, die Schwangerschaft nicht über die 37+0 Schwangerschaftswoche hinaus fortzuführen und den Geburtszeitpunkt ab der 34+0 Schwangerschaftswoche individuell anhand der Risiken für Mutter und Kind abzuwägen. Der

Alle Rechte: © MedWiss.Online / HealthCom | MWI | www.medwiss.de

Cochrane Review liefert hierfür die aktuellste und umfassendeste Evidenzgrundlage und schließt erstmals auch Daten zu chronischem Bluthochdruck ein.

Sowohl die deutsche Leitlinie als auch die Review-Autorinnen betonen, dass bei der Entscheidung über den Geburtszeitpunkt die Präferenzen der Frau sowie die Art, die Anzahl und die Schwere ihrer Krankheitssymptome berücksichtigt werden müssen. Für Länder mit niedrigem Einkommen heben die Autorinnen zudem hervor, dass es besonders wichtig sei, diese Zeichen zeitnah zu erkennen und eine geplante frühe Geburt zügig durchzuführen, um die dort deutlich höhere Sterblichkeit bei Müttern und Neugeborenen zu senken.

„Diese Ergebnisse geben Ärzt*innen und Frauen eine klarere Orientierung, wann der richtige Zeitpunkt für die Geburt ist, wenn sich in der Schwangerschaft Bluthochdruck entwickelt", ordnet Prof. Catherine Cluver, Seniorautorin des Reviews von der Stellenbosch University und dem Tygerberg Hospital in Südafrika den Review ein. „Insbesondere für Frauen mit Präeklampsie unterstützt die Evidenz das Vorgehen, ihnen eine geplante frühe Geburt ab der 34. Schwangerschaftswoche anzubieten – spätestens aber bis zur 37. Woche."

Hintergrund

Bluthochdruckerkrankungen in der Schwangerschaft umfassen die chronische Hypertonie (Bluthochdruck), die Schwangerschaftshypertonie sowie die Präeklampsie und betreffen mindestens 10 Prozent aller Schwangerschaften. Sie sind weltweit für rund 16 Prozent aller Müttersterbefälle verantwortlich. Die Präeklampsie, bei der Bluthochdruck mit Beeinträchtigungen und Schädigungen weiterer Organe einhergeht, ist die schwerste dieser Erkrankungen und verursacht schätzungsweise 42.000 Müttersterbefälle und 500.000 Totgeburten und Todesfälle bei Neugeborenen pro Jahr, überwiegend in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Medikamente können nur die Symptome der Erkrankung stabilisieren, deren Verlauf aber nicht stoppen. Die Schwangerschaft zu beenden, indem man die Geburt einleitet, gilt daher bis heute als einzige kausale Behandlung.
Vor der 34. Schwangerschaftswoche überwiegen die Risiken einer frühen Frühgeburt. Deshalb wird in der Regel empfohlen, abzuwarten und die Schwangere dabei engmaschig zu überwachen – es sei denn, es liegen schwere Komplikationen vor, die zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft eine sofortige Geburtseinleitung erfordern können. Ab der 34. Schwangerschaftswoche ist die Abwägung weniger eindeutig: Hier stehen die Risiken eines weiteren Zuwartens – insbesondere das Voranschreiten der mütterlichen Erkrankung und das Risiko eines Todes des Ungeborenen – den Risiken einer späten Frühgeburt für das Kind gegenüber. Der aktuelle Review liefert für diese Abwägung nun die bisher umfassendste Evidenzgrundlage.

Über Cochrane Deutschland und Cochrane Reviews:

Cochrane Deutschland mit Sitz in Freiburg ist Teil der internationalen, gemeinnützigen Cochrane Collaboration. Dieses Netzwerk unabhängiger Wissenschaftler*innen erstellt systematische Übersichtsarbeiten zu verschiedensten medizinischen und gesundheitlichen Fragen – die so genannten Cochrane Reviews. Darin fassen die Forschenden die weltweite Studienlage transparent zusammen und bewerten deren Qualität. Ziel ist es, dadurch eine evidenzbasierte, verlässliche Grundlage für medizinische und gesundheitspolitische Entscheidungen zu schaffen. Seit seiner Gründung 1993 hat das Netzwerk bereits etwa 9.500 Cochrane Reviews veröffentlicht. Eine der vielen Tätigkeiten von Cochrane Deutschland ist es, besonders relevante Reviews aus dem Englischen ins Deutsche zu übersetzen und sie so der Öffentlichkeit hierzulande leichter zugänglich zu machen.

In allen Cochrane Reviews wird das vierstufige GRADE-System verwendet, um auszudrücken, wie vertrauenswürdig die Evidenz zur jeweiligen Fragestellung ist. Ist die Vertrauenswürdigkeit „hoch",

Alle Rechte: © MedWiss.Online / HealthCom | MWI | www.medwiss.de

sind wir annähernd sicher, dass die vorhandenen Studienergebnisse die Wirklichkeit gut widerspiegeln. Eine „moderate“ Vertrauenswürdigkeit heißt, dass eine etwas größere Restunsicherheit besteht. Wir machen das durch einschränkende Formulierungen mit „wahrscheinlich“ deutlich – beispielsweise „Medikament X senkt Fieber wahrscheinlich nicht besser als Medikament Y“. Bei Evidenz mit „niedriger“ Vertrauenswürdigkeit ist die Unsicherheit noch größer, ausgedrückt durch Formulierungen mit „möglicherweise“. Wird die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz im GRADE-System mit „sehr niedrig“ bewertet, sind gar keine Schlussfolgerungen möglich. Den Nutzen einer untersuchten Maßnahme bezeichnen wir dann als „unklar“. Das heißt aber nicht, dass die Maßnahme sicher nutzlos ist – sondern eben nur, dass die vorliegende Evidenz nicht ausreicht, um etwas über ihre Wirksamkeit zu sagen.

https://www.cochrane.de

Originalpublikation:

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009273.pub3

Alle Rechte: © MedWiss.Online / HealthCom | MWI | www.medwiss.de