

Heilung der Peripartum Kardiomyopathie in Sicht?

Prof. Dr. Denise Hilfiger-Kleiner – Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin

Die peripartale Kardiomyopathie (PPCM) ist eine gegen Ende der Schwangerschaft oder in den Monaten nach der Entbindung auftretende reduzierte linksventrikuläre Funktion bei Frauen ohne vorbekannte Kardiomyopathie. Das klinische Bild reicht von leichter unspezifischer Symptomatik bis zum lebensbedrohlichen akuten Herzversagen. Die Krankheit stellt vermutlich ein Syndrom mit verschiedenen auslösenden Faktoren dar, zu denen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Mehrlingsschwangerschaften, fortgeschrittenes Alter, Fertilitätsstörungen, Tokolyse, genetische Prädisposition und vorangegangene Krebserkrankungen gehören. Frauen afrikanischer Ethnie scheinen ein erhöhtes Risiko für eine PPCM zu haben. Die Diagnose bei Verdacht auf PPCM erfolgt ausschließlich über eine Echokardiographie oder eine Magnetresonanztomographie und wird bei einer linksventrikulären Ejektionsfraktion $<45\%$ gestellt. Erhöhtes NTproBNP oder BNP und ein verändertes Elektrokardiogramm können auf eine PPCM hindeuten.

Bei einer PPCM in der Schwangerschaft muss eine interdisziplinäre Behandlung durch ein Team bestehend aus KardiologInnen, GeburtsmedizinerInnen, Hebammen, NeonatologInnen und IntensivmedizinerInnen erfolgen; dies am besten nach dem an der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelten Algorithmus (1). Die Therapie bei PPCM, die sowohl vor, während und nach einer Geburt diagnostiziert wird, erfolgt gemäß der Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) „Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft“ (2). Während antepartum die Gabe von Herzmedikamenten auf Grund der schädlichen Wirkung auf den Fötus eingeschränkt ist, beinhaltet die empfohlene Therapie nach der Geburt die medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (Betablocker, ACE-Hemmer/AT1 Blocker, Diuretika, Aldosteronantagonisten). Aufgrund experimenteller Befunde, die auf eine schädliche Wirkung eines Spaltprodukts des Stillhormons Prolaktin, dem antiangiogenetischen 16kDa-Prolaktin, hindeuten, wird zusätzlich die Gabe von Prolaktinblockern wie Bromocriptin oder Cabergolin empfohlen. Diese Medikamente werden in einer niedrigen Dosierung, die zum Abstillen führt, eingesetzt. Das medikamentöse Abstillen bei mittelschwer bis schwer erkrankten Patientinnen wird auch auf Grund der Transmission der Herzmedikamente in die Brustmilch empfohlen. Da eine PPCM ebenfalls zu einem erhöhten Thromboserisiko führt, sollte postpartal auch eine Antikoagulation (niedrig dosiert präventiv oder bei vorhandenen Thromben in therapeutischer Dosierung mit Heparin-Derivaten) erfolgen. Die Behandlung der akuten und schweren PPCM sollte in jedem Fall in einem erfahrenen Zentrum erfolgen, welches alle intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten inklusive mechanischer Kreislaufunterstützungssysteme vorhält. Der Einsatz von Catecholaminen sollte dabei minimiert werden, da sie längerfristig bei PPCM zu terminalem Herzversagen führen können.

Die Langzeitprognose zeigt, dass bei den meisten Patientinnen, die entsprechend der Leitlinien behandelt wurden, eine stabile anhaltende Erholung der Herzfunktion auch nach Monaten und Jahren zu beobachten ist. Zu beachten ist allerdings ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzrhythmusstörungen bis hin zum plötzlichen Herztod, was eine langjährige und eventuell lebenslange Behandlung mit Herzmedikamenten erfordert. Eine PPCM hat ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Komorbiditäten wie Krebserkrankungen vor und nach PPCM und psychischen Erkrankungen (Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen). Eine erneute Schwangerschaft nach einer PPCM stellt ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv dar, auch

bei erholter Herzfunktion. Zudem muss beachtet werden, dass Herzmedikamente toxische Wirkungen auf den Embryo und den Fötus haben können. In der Nachsorge sollte deshalb mit Patientinnen mit PPCM sowohl über Verhütungsmethoden, genetische Abklärung und psychologische und psychiatrische Beratung gesprochen werden. Ebenfalls sollten regelmäßige kardiologische und gynäkologische Kontrolltermine sowie eine Krebsvorsorge empfohlen werden.

Zusammenfassend haben Patientinnen mit PPCM bei frühzeitiger Diagnose, leitliniengerechter Behandlung und entsprechender Nachsorge eine gute Prognose für die Erholung der Herzfunktion. Trotzdem scheinen die Patientinnen langfristig erhöhte Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen und andere Komorbiditäten mit sich zu tragen.

Literatur

1. Koenig T, Hilfiker-Kleiner D, Bauersachs J. Peripartum cardiomyopathy. Herz. 2018.
2. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomstrom-Lundqvist C, Cifkova R, De Bonis M, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2018;39(34):3165-241.