

Herzkrank und schwanger

Gründlich geplant? Weniger Risiko!

Schätzungsweise 120.000 Erwachsene mit einem angeborenen Herzfehler leben derzeit in Deutschland. Viele der betroffenen Frauen wünschen sich ein Kind. BABYundFamilie fragte Prof. Dr. Dr. Harald Kaemmerer, Oberarzt im Deutschen Herzzentrum in München, worauf diese Frauen achten müssen

Baby trotz Herzkrankheit?

Die „Klinik für Kinderkardiologie und angeborene Herzfehler“ des deutschen Herzzentrums in München ist weltweit eine der größten Kliniken, in der Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern behandelt werden. Hier besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit speziellen medizinischen Fachbereichen, zu denen z.B. auch die Frauenklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Prof. Dr. K.T.M. Schneider), gehört. Schwangere Frauen mit angeborenen Herzfehlern werden so gemeinsam von erfahrenen Kardiologen und Geburtshelfern betreut.

Herr Prof. Kaemmerer, trauen sich denn heutzutage viele herzkranken Frauen eine Schwangerschaft zu ?

In den Vierziger Jahren überlebten von den Patienten mit relevanten angeborenen Herzfehlern nur rund 20 Prozent bis ins Erwachsenenalter, heute sind es rund 90 Prozent. Dies ist auf die großen Erfolge der medizinischen Behandlung und insbesondere der Herzchirurgie zurückzuführen. Inzwischen kommen in Deutschland jährlich mehr als 5.000 Patienten mit einem angeborenen Herzfehler in die Gruppe der „Erwachsenen“, d.h. sie sind älter als 18 Jahre. Bei sehr vielen Erwachsenen mit AHF bestehen allerdings relevante Residualbefunde, sog. Rest- und Folgezustände. Die Gefahr, die hiervon ausgehen kann, erfordert im weiteren Leben in unterschiedlichen Intervallen eine kompetente ärztliche Überwachung. Erfreulicherweise ist aber die Lebensqualität der betroffenen Patienten recht hoch. So ist es natürlich auch zu verstehen, dass Frauen im reproduktionsfähigen Alter eigene Kinder haben möchten. Es darf aber nicht vergessen werden, dass eine Schwangerschaft zu einer gravierenden Umstellung aller Herz- und Kreislauftfunktionen führt.

Welche spezifischen Probleme kommen auf die Frauen zu?

Unterscheiden müssen wir die Fälle mit einem einfachen Herzfehler von denen mit einem komplexeren Herzfehler. Verallgemeinert gesagt gilt aber, je besser das Ausgangsstadium der Patientin vor Eintritt einer Schwangerschaft ist, desto besser läuft zumeist auch die gesamte Schwangerschaft ab. Startet die Schwangerschaft aus einem relativ schlechten Status heraus, ergeben sich eher Komplikationen und die Schwangerschaft kann auch durchaus eine Bedrohung für das Leben von Mutter und Kind darstellen. Da es sehr viele verschiedene Herzfehler gibt, die zudem noch in verschiedensten Kombinationen auftreten, ist die Beratung und Betreuung dieser Patienten nicht immer einfach. So sind beispielsweise Verläufe bei Patienten mit einem simplen Septumdefekt oftmals völlig komplikationslos, während es bei Patientinnen mit komplexen Herzfehlern, (z.B. der Transposition der großen Gefäße) trotz operativer Behandlung zu schwerwiegenden Problemen im Schwangerschaftsverlauf kommen kann. Für die Führung solcher Patienten ist es ganz wichtig, dass der betreuende Arzt sich genauestens mit allen Problemen des jeweiligen Herzfehlers und der vorausgegangenen Behandlung oder Operation auskennt.

Er muss u.a. beurteilen: Wie müssen die Patienten seitens ihrer Leistungs- und Belastungsfähigkeit eingeschätzt werden? Was gibt es für relevante Residualbefunde? Welche Auswirkungen haben diese auf den Schwangerschaftsverlauf? Kann man voraussagen, wie sich dieser Residualbefund während der Schwangerschaft weiterentwickelt? Es gibt aufgrund mehrerer, auch eigener Studien diesbezüglich schon gewisse Erfahrungswerte. Für uns ist es ganz wichtig, die Schwangerschaft mit der Patientin zusammen zu planen. Am günstigsten ist es, wenn die Patientin sich vor der Schwangerschaft noch einmal gründlich untersuchen lässt. Dabei wird u. a. festgestellt: Kann eine Schwangerschaft ohne Gefährdung ablaufen, muss die Frau Medikamente einnehmen oder sollte sie diese sogar weglassen oder gegen andere austauschen, da es sonst zu einer Gefährdung des Kindes kommen kann? Diese Punkte machen klar, dass die Frauen zu jemandem gehen müssen, der sich mit dieser Materie auskennt.

Wer kann diese Patiengruppe in Deutschland am besten betreuen?

Gut geeignet sind Kliniken, in denen Spezialisten mit Erfahrung auf dem Gebiet angeborener Herzfehler interdisziplinär zusammenarbeiten. So kann die Patientin während der gesamten Schwangerschaft, der Entbindung und des Kind

bettes von einem eingespielten Team erfahrener Ärzte begleitet werden.
Am besten wäre es natürlich, wenn dieser wachsenden Patientengruppe spezielle Zentren zur Verfügung stehen. Das wird auch kommen, da es zunehmend Patienten mit ähnlichen Problemen gibt.

Besteht die Möglichkeit, dass auch das Baby wieder an einem Herzfehler leidet?

Ja, das Kind hat einen höheren Gefährdungsgrad, auch einen Herzfehler zu bekommen. Wir wissen, dass etwa 0,8 bis 1,0 Prozent der Kinder nicht-herzkranker Frauen einen Herzfehler haben. Wenn die Mutter einen angeborenen Herzfehler hat, steigt das Risiko im Schnitt auf vier Prozent. Das kann aber – je nachdem, was für ein Herzfehler vorliegt – so weit gehen, dass eine Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent erreicht wird. Beispiele hierfür wären besondere Formen der hypertrophen Kardiomyopathie- d.h. eine spezielle Herzmuskelerkrankung – oder das Marfan-Syndrom, eine Bindegewebskrankung.

Was erwartet die Schwangeren bei der Geburt? Ist eine natürliche Geburt bei einem angeborenen Herzfehler überhaupt möglich?

Die spontane Geburt wird dem Kaiserschnitt in fast allen Fällen sogar vorgezogen. Ein Kaiserschnitt ist auch heute noch mit unerheblichen Risiken verbunden. Es gibt nur wenige Gründe, aus denen wir aus kardiologischer Sicht primär zu einer Schnittentbindung raten.

Solange von geburtshilflicher Seite nichts dagegen spricht, sollten die meisten Frauen auf „natürlichem Wege“ entbinden.

Worauf sollten herzkranke Mütter nach der Geburt achten?

Die Patientin muss wissen, dass das Wochenbett für einige herzkranken Patientinnen noch einmal eine kritische Phase sein kann, in der sie eine intensive Betreuung benötigt. Da es nach der Entbindung zu erheblichen Umstellungen des Kreislaufsystems kommt, kann auch in den ersten Monaten nach der Entbindung eine kardiologische Kontrolle erforderlich werden. Ebenso wichtig ist es aber, dass sich Frauen mit Schwangerschaftswunsch schon im Vorfeld vergegenwärtigen, dass eine Schwangerschaft im übertragenen Sinne Jahrzehnte dauert, da sie ja für ihr Kind Verpflichtungen übernommen hat, denen sie langfristig nachkommen muss. Dies sollte der Mutter aber schon vor Eintritt der Schwangerschaft klar gemacht werden. Sie muss zusammen mit ihrem Kardiologen versuchen schon vorher abzuschätzen, ob sie auch noch nach Jahren in der Lage sein wird, ein Kind adäquat zu versorgen.

Alle angeführten Beispiele sollen klarmachen, wie wichtig und vorteilhaft für die Patientin eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten ist, die über spezielle Erfahrung in der Betreuung von angeborenen Herzfehlern im Erwachsenenalter verfügen.

Quelle: www.BabyundFamilie.de , aktualisiert im Februar 2005

Wir danken für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck