

Fragenkatalog Peripartale Kardiomyopathie (PPCM)

Wann spricht man von einer Peripartalen Kardiomyopathie (Schwangerschafts-Herzschwäche; PPCM)?

Von einer PPCM spricht man, wenn bei einer vorher herzgesunden Frau gegen Ende der Schwangerschaft, unter der Geburt oder in den ersten Monaten nach der Entbindung eine Herzschwäche auftritt. Die Herzschwäche wird in der Regel durch einen Kardiologen mittels Herzultraschall (Echokardiographie) festgestellt.

Wie kann ich eine PPCM erkennen? Was sind typische Symptome?

Häufige Symptome der PPCM sind Luftnot, verminderte Belastbarkeit, vermehrtes nächtliches Wasserlassen, erschwertes Schlafen in flacher Position, Herzrasen und Wassereinlagerungen in den Beinen. Die meisten dieser Symptome sind jedoch unspezifisch und können auch auf andere, oftmals harmlosere Erkrankungen hindeuten. Sollten o. g. Symptome auftreten, empfehlen wir eine kurzfristige ärztliche Vorstellung. Sollte sich hier der V.a. eine PPCM erhärten, wird eine umgehende kardiologische Vorstellung zur weiteren Abklärung und ggf. auch Behandlung dringend empfohlen.

Weshalb habe ich diese Krankheit bekommen?

Es gibt bislang leider keine ausreichende Erklärung, weshalb eine zuvor herzgesunde Frau eine PPCM entwickelt. Allerdings konnten wir in den letzten Jahren eine Reihe von Risikofaktoren identifizieren. Darüber hinaus versuchen wir im Rahmen mehrerer Forschungsprojekte unser Verständnis über die Entstehung der PPCM zu erweitern.

Welche Therapie ist notwendig?

Die Behandlung der PPCM erfolgt primär medikamentös. In der Akutphase wird je nach Schweregrad der Erkrankung für eine bzw. mehrere Wochen ein Medikament (Bromocriptin) gegeben, welches die Ausschüttung des Stillhormons Prolaktin unterdrückt. Daneben werden sogenannte „Herzschwäche-Medikamente“ gegeben. Diese werden in der Regel über mehrere Jahre, in manchen Fällen auch lebenslang eingenommen. In der Akutphase sollte dabei immer eine möglichst hohe Dosis eingenommen werden, da dies mit einer höheren Heilungschance assoziiert ist. In der Regel sind alle o.g. Medikamente gut verträglich. Wichtig ist, dass eine Änderung der Dosierung oder ein Absetzen der Medikamente immer in Absprache mit dem behandelnden Kardiologen erfolgt.

Bei schwerer Herzschwäche und/oder Herzrhythmusstörungen kann außerdem die Therapie mit einem Defibrillator notwendig sein.

Warum sollte ich nicht stillen?

PPCM-Patientinnen sollten aus zwei Gründen nicht stillen: Zum einen gehen viele der Herzschwäche-Medikamente in die Muttermilch über und eine schädliche Wirkung auf den Säugling kann nicht ausgeschlossen werden. Daneben scheint das Stillhormon Prolaktin eine zentrale Rolle bei der Entstehung der PPCM zu spielen. In der Regel erhalten PPCM-

Patientinnen daher ein Medikament, welches den Blutspiegel des Stillhormons Prolaktin senkt (s.o.). Durch das Stillen wird jedoch ein gegenteiliger Effekt erzielt, die Ausschüttung des Stillhormons Prolaktin wird stimuliert. Daher hat das Abstillen, neben einem Schutz des Säuglings, vermutlich auch einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf bei PPCM-Patientinnen.

Werde ich wieder gesund?

Diese Frage lässt sich nicht pauschal beantworten. Grundsätzlich gilt, dass die PPCM, verglichen mit anderen Formen der Herzschwäche, eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Genesung oder zumindest deutliche Besserung zeigt. Je früher die PPCM diagnostiziert und eine entsprechende Behandlung begonnen wird, desto höher ist die Genesungswahrscheinlichkeit. Entscheidend ist außerdem, dass die medikamentöse Behandlung konsequent eingenommen und nur nach ärztlicher Rücksprache verändert oder abgesetzt wird.

Hat meine Tochter oder meine Nichte auch ein erhöhtes Risiko an einer PPCM zu erkranken?

Wie bereits erwähnt, sind die Ursachen für die Entstehung der PPCM nicht ausreichend bekannt. Zwar gibt es einige Studien, die darauf hindeuten, dass bei einem gewissen Teil der PPCM-Patientinnen (ca. 10%) auch genetische Faktoren eine Rolle spielen, jedoch ist bislang keine familiäre Häufung beobachtet worden. Daher ist aktuell nicht von einem erhöhten Risiko für die Angehörigen von PPCM-Patientinnen auszugehen.

Darf ich nach einer PPCM wieder schwanger werden?

Eine erneute Schwangerschaft ist bei guter Erholung der Herzleistung zwar möglich, aber dennoch mit einem gewissen Risiko verbunden. Dieses Risiko ist abhängig von der Erkrankungsschwere und dem Ausmaß der Erholung der Herzfunktion. Daher ist das Risiko immer individuell einzuschätzen. Diese Einschätzung sollte grundsätzlich von Kardiologen mit ausreichender Erfahrung in der Betreuung von PPCM-Patientinnen erfolgen. Wenn sich Arzt und Patientin gemeinsam für eine erneute Schwangerschaft entschieden haben, sollten während der Schwangerschaft engmaschige kardiologische Kontrollen durchgeführt werden und die Entbindung in einem Krankenhaus mit ausreichender Expertise (kardiologisch und frauenärztlich) geplant werden. Bei Patientinnen, deren Herzleistung sich nicht erholt hat, ist von einer erneuten Schwangerschaft abzuraten, insbesondere da die meisten Medikamente aufgrund von schädlichen Nebenwirkungen für das ungeborene Kind im Falle einer Schwangerschaft abgesetzt werden müssen.

Wie soll ich nach einer PPCM verhüten?

Da hormonelle Verhütungsmittel möglicherweise Einfluss auf die hormonellen Regelkreise haben, die in der Entstehung der PPCM eine Rolle spielen, raten wir zu einer nicht-hormonellen Verhütung. Konkret empfehlen wir eine Kupferspirale, denn diese verhindert eine Empfängnis sicherer als Kondome.

Was passiert, wenn ich ungewollt schwanger bin?

Im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft sollte umgehend der behandelnde Kardiologe kontaktiert werden. Dieser muss dann die aktuelle Herzfunktion und den aktuellen Medikamentenplan überprüfen und abhängig hiervon gemeinsam mit der Patientin das weitere Vorgehen planen.