

aortokavales Kompressionssyndrom

Aufgrund eines befürchteten „aortokavalen Kompressionssyndroms“ mit Abfall des Blutdrucks wurden in der Vergangenheit nahezu alle schwangeren Patientinnen prophylaktisch in eine leichte Linksseitenlage gelagert. Allerdings wird die Inzidenz eines relevanten Blutdruckabfalls in flacher Rückenlage auf $< 10\%$ geschätzt, d. h. nur ein kleiner Teil der Schwangeren ist überhaupt klinisch betroffen. Als pathophysiologisch ursächlich hierfür wird eine Kompression der V. cava inferior durch den graviden Uterus mit konsekutiver Verminderung des venösen Rückstroms und Abfall des Schlagvolumens angesehen. Für eine direkte Kompression der Aorta, die über viele Jahrzehnte ebenfalls als ursächlich für die beschriebenen Symptome erachtet wurde, fand sich in mehreren MRT-Untersuchungen kein Beleg.

Vor dem Hintergrund, dass nicht alle schwangeren Patientinnen in Rückenlage mit Hypotension, Übelkeit und Schwitzen klinisch auffällig werden, weisen neuere Erkenntnisse darauf hin: Es existiert ein suffizienter Umgehungskreislauf unter Einbezug der V. azygos, der die Okklusion der unteren Hohlvene kompensiert. Dabei stellt die individuelle Kapazität dieses Kollateralsystems den entscheidenden Faktor für die Aufrechterhaltung eines suffizienten venösen Rückstroms zum Herzen dar. Darüber hinaus zeigen aktuelle MRT-Untersuchungen, dass eine tatsächliche Entlastung und Wiedereröffnung der V. cava erst ab 30° -Linksseitenlage auftritt.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen gilt es 2 Punkte kritisch zu überdenken: Zum einen sollte anstelle von „aortokavales Kompressionssyndrom“ der Begriff „Supine hypotensive Syndrome“ verwendet werden, um nicht einen falsch verstandenen pathophysiologischen Zustand zu implizieren. Zum anderen sollte das Konzept der ubiquitären und kritiklosen Linksseitenlagerung überdacht werden. Es erscheint sinnvoller, anamnestisch jene Patientinnen zu identifizieren, die tatsächlich unter einem „Supine hypotensive Syndrome“ leiden. Bei diesen Patientinnen kann dann z. B. eine möglichst lange und betonte Linksseitenlage durchgeführt werden, die erst zum Hautschnitt für erleichterte Operationsbedingungen korrigiert wird. Die Durchführung einer Sectio unter Anwendung einer Linksseitenlage, welche die V. cava tatsächlich entlastet, ist nach Auffassung der Autoren undenkbar. Denn im klinischen Alltag werden lediglich Neigungswinkel von $5-10^\circ$ erzielt bzw. von Operateur und Patientin toleriert.

Quelle: https://eref.thieme.de/ejournals/1439-1074_2023_10#/10.1055-a-2043-4329

Revision #1

Created 2026-08-16 17:59:55 UTC by Andiadmin

Updated 2026-08-16 17:59:55 UTC by Andiadmin