

Probleme in der Frühschwangerschaft

Ptyalismus gravidarum, Hyperemesis, medikamentöse Abortbehandlung

Insbesondere Hyperemesis gravidarum und Abortgeschehen sind häufig auftretende Probleme in der Frühschwangerschaft, für welche es neben bewährten auch neuere Therapieansätze gibt. Bei insgesamt wenigen Neuerungen im praktischen Management charakteristischer Beschwerden in den ersten Schwangerschaftsmonate soll der Fokus auf diese Überlegungen und Tipps im Praxisalltag gelegt werden.

NATALIE GABRIEL

Ptyalismus gravidarum

Beim Ptyalismus handelt sich um vermehrten Speichelfluss, welcher vor allem im 2. bis 4. Schwangerschaftsmonat auftritt. Ursächlich liegt eine verstärkte Parasympathikuswirkung vor. Ähnlich wie die Hyperemesis gravidarum ist dieses Problem häufig mit psychosomatischen Problemen assoziiert. Therapeutisch können Atropinsulfat-Tropfen 0,5 mg/ml (Bellafit N®) in der Dosierung von 15 bis 20 Tropfen morgens verabreicht werden.

Allenfalls sollte ein spezielles Augenmerk auf soziale oder psychische Probleme gerichtet werden und gegebenenfalls Unterstützung angeboten werden. Nur in seltenen Fällen ist eine Hospitalisation notwendig, welche dann aber in erster Linie einer kurzfristigen Distanzierung aus dem sozialen Umfeld dient.

Emesis und Hyperemesis

Im ersten Trimenon leiden rund 80% der Schwangeren an Übelkeit. Bei ungefähr der Hälfte davon tritt zusätzlich auch Erbrechen auf. Nur etwa 1% der Schwangeren leidet an der ausgeprägten Form der Hyperemesis.

Bei Hyperemesis erbricht die Frau bis zu 5- bis 10-mal täglich, und dies unabhängig von Tageszeit und Nahrungsaufnahme. In der Folge leidet die Schwangere vor allem an den Folgen der Exsikkose, wie brennender Durst, Verschlechterung des Allgemeinzustands, rasche Gewichtsabnahme über 5% des Körpergewichts und übel riechender Atem. Typischerweise sind die Ketonkörper im Urin stark positiv. Zudem besteht aufgrund des gestörten Leberstoffwechsels manchmal ein Ikterus. Auch können – in sehr schweren, unbehandelten Fällen – neurologische Störungen wie Benommenheit und Delirien auftreten.

Die übliche Diagnostik umfasst die Bestimmung von Blutbild, Leber- und Nierenwerten, Elektrolyten und Infektparametern und den erwähnten Ketonkörpern im Urin. Bei therapierefraktärer Hyperemesis wird der Ausschluss einer Helicobacter-pylori-Infektion empfohlen. Bagis et al. (1) führte bei 20 Patientinnen mit schwerer Hyperemesis gravidarum eine Gastroskopie mit histologischer Untersuchung auf Helicobacter-pylori-Infektion durch. Als Vergleichsgruppe wurden zehn schwangere Frauen ohne Nausea untersucht. Es zeigte sich, dass in der Hyperemesisgruppe zu 95% (19/20) eine Helicobacter-pylori-Infektion vorlag verglichen mit 50% (5/10) in der Kontrollgruppe.

Behandlung

Therapeutisch sollte bei Hyperemesis gravidarum zunächst ein ambulantes Vorgehen angestrebt werden. Es wird empfohlen, den Konsum von Kaffee, Tee sowie kohlen säurehaltigen Getränken so weit wie möglich zu reduzieren. Eine orale Magnesium- und Eisensubstitution sollte möglichst sistiert werden. Die in der Frühschwangerschaft bewährten Antiemetika wie Meklozin und Pyridoxin (Itinerol B₆®), Phentiazine (z.B. Chlorazin®) und Dopaminantagonisten (z.B. Paspertin® oder Motilium®) werden im Sinne eines Stufenschemas angewendet.

Zudem hat sich gezeigt, dass Ingwer eine antiemetische Wirkung hat. In einem Reviewartikel von Betz et al. (2) wurden vier plazebokontrollierte Studien eingeschlossen, welche die Wirkung von Ingwer auf die Hyperemesis gravidarum untersuchten. Dabei stellte sich jeweils eine signifikante Verminderung der Anzahl der Erbrechenepisoden sowie der Intensität von Übelkeit und Erbrechen heraus. Bisher wurde kein negativer Effekt auf die Schwangerschaft nachgewiesen. Man geht von einer prokinetischen Wir-

kung des Ingwers aus, vergleichbar mit der der peripheren Dopaminantagonisten. Zudem besteht ein möglicher antagonistischer Effekt am peripheren Serotonin-3(5-HT₃)-Rezeptor. Die empfohlene Dosierung des Ingwer-Extrakts beträgt 200 bis 500 mg dreimal täglich. Interessanterweise konnte im erwähnten Review-Artikel für andere antiemetische Anwendungen wie Kinetosen oder postoperative Übelkeit keine therapeutische oder prophylaktische Wirkung des Ingwers nachgewiesen werden.

Ferner wird berichtet, dass Akupunktur beziehungsweise Akupressur des P6(Neiguan)-Punkts ebenfalls eine gute Wirkung auf die Hyperemesis gravidarum habe. Jewell et al. (3) analysierten in einer Cochrane Review sechs Studien, welche gesamthaft 1309 Patientinnen einschlossen. Dabei fand sich eine gemischte Evidenz gegenüber Akupunktur/Akupressur. Insgesamt konnte kein klarer Effekt auch gegenüber diätetischen Empfehlungen oder Lifestyle-Änderungen nachgewiesen werden.

Vereinzelt wird über den erfolgreichen Einsatz von Serotoninantagonisten bei schwerer Hyperemesis gravidarum berichtet. Dabei ist die Wirksamkeit von Ondansetron (Zofran®) am besten belegt. Bisher konnte keine klare Überlegenheit im Vergleich zu anderen Antiemetika nachgewiesen werden (4). Da die Fallzahlen relativ klein sind, kann jedoch keine zuverlässige Angabe zur pränatalen Verträglichkeit gemacht werden. Auch unter dem Gesichtspunkt der Kosteneffektivität sind Serotoninantagonisten keine therapeutische Alternative bei üblicher Hyperemesis.

Bei Erfolglosigkeit der ambulanten Massnahmen beziehungsweise bei Zeichen der Exsikkose ist eine stationäre Aufnahme und Therapie unumgänglich.

Medikamentöse Abortbehandlung

Die Standardtherapie bei Abortus incompletus, Windmole und «missed abortion» ist die Abortkürrettage.

Zunehmend kommt aber auch die medikamentöse Abortbehandlung mit Misoprostol (Cytotec®) zum Einsatz. Zhang et al. (5) verglichen in einer randomisierten

Studie die medikamentöse gegenüber der chirurgischen Abortbehandlung. Dabei wurden gesamthaft 652 Patientinnen eingeschlossen, bei denen entweder eine Windmole, ein Abortus incompletus oder eine «missed abortion» diagnostiziert wurde. Bei «missed abortion» betrug die maximale Scheitelsteisslänge 40 mm, was einem sonografischen Gestationsalter von 11 + 0 Schwangerschaftswochen entspricht. 491 Frauen erhielten am Tag 1 Misoprostol 800 µg vaginal. Falls bis Tag 3 keine komplette Ausstossung erfolgte, wurde die Misoprostol-Gabe mit gleicher Dosis wiederholt. Wenn in der Folge bis Tag 8 die komplette Ausstossung ausblieb, wurde eine Kürrettage durchgeführt. In 71% der Fälle erfolgte die komplette Ausstossung bis Tag 3, in 84% der Fälle bis Tag 8. Somit ergab sich eine Therapieversagerquote von 16%. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, bei denen primär eine Kürrettage durchgeführt wurde, fand sich keine signifikant höhere Komplikationsrate bezüglich Blutungen und Endomyometritis.

In der Cochrane Database of Systematic Reviews analysierte Neilson et al. (6) 24 randomisierte Studien mit gesamthaft 1888 Patientinnen, die die medikamentöse Abortbehandlung bis 24 Schwangerschaftswochen mit anderen Methoden (z.B. chirurgisch), Placebo oder exspektativem Prozedere verglich. Dabei zeigte sich unter anderem, dass vaginal verabreichtes Misoprostol im Vergleich zu Placebo zur schnelleren Ausstossung führte, mit entsprechend seltenerer Notwendigkeit einer Kürrettage. Misoprostol war – oral appliziert – weniger effektiv als in der vaginalen Anwendung. Die sublinguale Applikation zeigte eine ähnliche Wirksamkeit wie die vaginale Verabreichung, allerdings auch höhere Nebenwirkungen wie beispielsweise Diarrhö.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass zur Abortbehandlung die Gabe von Misoprostol eine Alternative zur Abortkürrettage sein kann. Allerdings gibt es zurzeit keine klaren Empfehlungen bezüglich Dosierung und Indikationsstellung wie die sonografische Grösse des Embryos. Zusätzlich gilt es zu beachten, dass ein Abortgeschehen häufiger mit

einer Trophoblasterkrankung wie einer Blasenmole einhergehen kann. Diese kann jedoch nur durch eine histologische Untersuchung definitiv diagnostiziert werden. Die medikamentöse Abortbehandlung bleibt gegenüber der Abortkürrettage Methode zweiter Wahl und muss mit individueller Handhabung erfolgen. ■



Dr. med. Natalie Gabriel
Klinik für Gynäkologie
Departement für Frauenheilkunde
UniversitätsSpital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
8091 Zürich
E-Mail: natalie.gabriel@usz.ch

merksätze

- Pytalismus gravidarum (vermehrter Speichelfluss) ist einerseits durch eine verstärkte Parasympathikuswirkung bedingt, andererseits häufig mit psychosozialen Problemen assoziiert.
- Bei therapierefraktärer Hyperemesis gravidarum sollte eine Helicobacter-pylori-Infektion ausgeschlossen werden.
- Neben den bewährten Antiemetika scheint Ingwer eine antiemetische Wirkung auf die Hyperemesis gravidarum zu haben.
- Für die medikamentöse Abortinduktion mit Misoprostol gibt es keine Standardempfehlung bezüglich Dosierung und Indikationsstellung. Gegenüber der Abortkürrettage ist sie Methode zweiter Wahl und muss individuell gehandhabt werden.

Quellen:

1. Bagis T. et al.: Endoscopy in hyperemesis gravidarum and Helicobacter pylori infection. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79: 105–109.
2. Betz O. et al.: Ist Ingwer ein klinisch relevantes Antiemetikum? Eine systematische Übersicht randomisierter kontrollierter Studien. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd* 2005; 12: 14–23.
3. Jewell D., Young G.: Interventions für nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4.
4. Sullivan Ch. A. et al.: A pilot study of intravenous ondansetron for hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1565–1568.
5. Zhang J. et al.: A Comparison of Medical Management with Misoprostol and Surgical Management for Early Pregnancy Failure. *N Engl J Med* 2005; 353: 761–769.
6. Neilson J.P. et al.: Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.