

SAPP Jahrestagung Zürich, 17. November 2016

Allergische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit (Teil 1)

Barbara Lardi

Allergische Erkrankungen nehmen zu und deren Prävention und Management in der Schwangerschaft und Stillzeit sind daher von grosser Bedeutung. Die neusten Erkenntnisse und Richtlinien wurden an der diesjährigen SAPP Jahrestagung vorgestellt.

Im ersten Teil des Berichtes wird v.a. auf allergische Erkrankungen der Atemwege eingegangen, während im zweiten Teil allergische Hautreaktionen und Nahrungsmittelallergien thematisiert werden.

Allergische Rhinitis

Die Diagnosestellung erfolgt in der Schwangerschaft anamnestisch und durch Bestimmung Allergen-spezifischer IgE-Antikörper. Differentialdiagnostisch muss die allergische Rhinitis insbesondere von der Schwangerschaftsrhinitis unterschieden werden.

Schwangerschaftsrhinitis

→ Ursache: unklar, u.U. Hormone, nicht allergisch.

→ Prävalenz: 9–42% aller Schwangeren.

→ Dauer: mehr als sechs Wochen; Beginn meist im 2./3. Trimester und Ende zwei Wochen nach der Entbindung.

→ Risikofaktor: Rauchen.

→ Therapie: topische Steroide.

Liegen eine saisonale Häufung und/oder atopische Erkrankungen in der (Familien-)

Anamnese vor, handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine allergische Rhinitis. Auf die Durchführung von Prick-Hauttests oder Provokationstests, wie zum Beispiel einer nasalen Provokation, wird während der Schwangerschaft verzichtet, ausser, dies sei zwingend notwendig. Wie bei Nichtschwangeren ist jedoch der Nachweis Allergen-spezifischer IgE-Antikörper im Serum eine problemlose diagnostische Möglichkeit.

Wie auch bei Nichtschwangeren dürfen Antihistaminika und Kortikosteroide angewendet werden (vgl. Tab. 1). Eine spezifische Immuntherapie soll während der Schwangerschaft nicht initiiert, darf aber bei gutem Verlauf weitergeführt werden.

Referat von Dr. med. Martin Glatz

Häufigkeit, Verlauf und Management von Asthma in der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft verbessert sich der Verlauf des Asthmas bei ungefähr einem Drittel der Frauen, bei einem weiteren Drittel bleibt es unverändert und bei einem Drittel schliesslich verschlechtert sich das Asthma.

Beachte

Erstaunlicherweise rauchen auch in der Schweiz über 20% der Asthmatiker/-innen. Internationale Studien berichten auch über einen hohen Anteil rauchender Asthmatikerinnen in der Schwangerschaft!

Ein unkontrolliertes, d.h. schlecht eingestelltes Asthma ist ein Risikofaktor, sowohl für die Mutter als auch für den Feten, während gut eingestellte Schwangere kaum eine erhöhte Komplikationsrate haben.

Folgen von unkontrolliertem Asthma während der Schwangerschaft

→ Hyperemesis

→ Hypertonie

→ Präeklampsie

→ Blutungen

→ Intrauterine Wachstumsverzögerung

→ Frühgeburt

→ Erhöhte perinatale Hypoxämie

→ Erhöhte Mortalität

Ein schlecht eingestelltes Asthma ist wesentlich gefährlicher (mehr orale Steroide und Hospitalisationen) als die potenziellen Nebenwirkungen der Medikation. Inhalative Steroide und β_2 -Sympathomimetika sollen daher gemäss der GINA-Studie grosszügig eingesetzt werden (vgl. Abb. 1).

Nebst der Lungenfunktion ist das ausgeatmete Stickstoffmonoxid ein guter Marker für das Management bei mittelschwerem bis schwerem Asthma. In einer Studie mit 220 schwangeren, nicht rauchenden Frauen konnte gezeigt werden, dass in der Gruppe mit NO-Management 50% weniger Exazerbationen auftraten. Es wurden zwar häufiger inhalative Kortikosteroide verwendet, dafür aber weniger orale Steroide und weniger SABA. Die Therapieeinstellung mittels NO-Verlaufsmessung ist daher bei jeder schwangeren Frau mit schwerem Asthma zu empfehlen.

Bei den Biologika (Omaluzimab, Mepoluzimab) liegen noch zu wenig Daten

Tabelle 1: Therapie der allergischen Rhinitis in der Schwangerschaft und Stillzeit.

Antihistaminika		
Systemisch	Loratadin	
	Cetirizin	
Topisch	Azelastin	
Kortikosteroide		
Topisch	Budesonid, Fucicason	evtl. in Kombination mit topischen Antihistaminika
Systemisch	Prednisolon	Nur wenige Tage
Spezifische Immuntherapie		
Beginn einer SCIT		kontraindiziert
Einleitungsphase		Therapie abbrechen
Erhaltungsphase		Therapie weiterführen

6 vor, und sie bleiben schwangeren Frauen mit sehr schwerem, unter ausgeschöpfter inhalativer Therapie immer noch unkontrollierbarem Asthma vorbehalten.
Referat von Prof. Dr. med. Michael Tamm

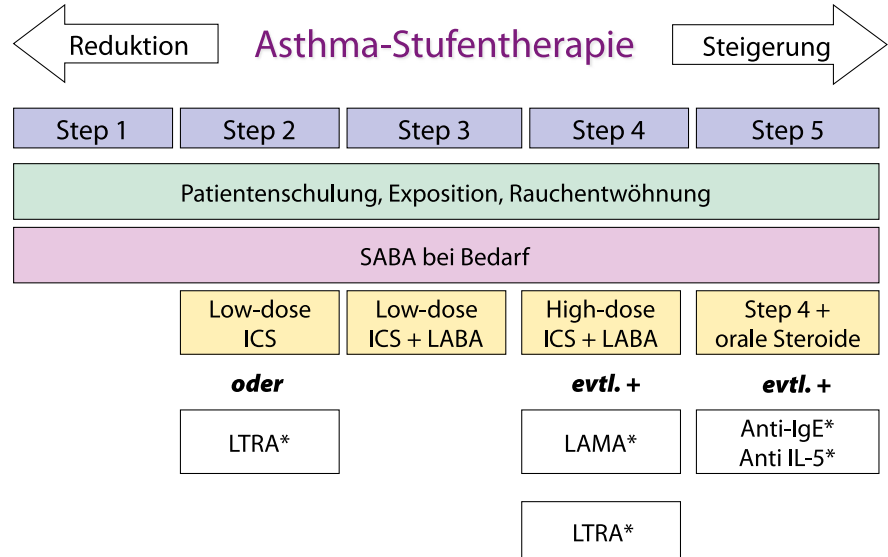
Einfluss von Medikamenten in der Schwangerschaft auf Asthma und allergische Erkrankungen beim Kind

Seit in den 90er Jahren die Acetylsalicylsäure bei Kindern wegen des Reye-Syndroms durch Paracetamol abgelöst wurde, beobachtete man auch eine Zunahme von Asthma. Ebenso könnte die Einnahme von Paracetamol während der Schwangerschaft für erhöhtes Asthmrisiko bei Kindern verantwortlich sein. Als biologischer Mechanismus wird eine Glutathionreduktion in den Luftwegen und ein damit verbundener oxidativer Stress postuliert. Seither wurden viele Beobachtungsstudien durchgeführt, wobei die pränatale Exposition und die Anwendung in der Säuglingszeit und Kindheit untersucht wurden. Allerdings ist es äusserst schwierig, andere Einflussfaktoren, wie der allgemeine Gesundheitszustand, Atemwegsinfekte oder das (Passiv-) Rauchen, vom Effekt des Paracetamols auseinander zu halten. Ein klarer Kausalzusammenhang zwischen pränataler Medikation und kindlichem Asthma bleibt unsicher, wobei in erster Linie eine langzeitige Anwendung in der Schwangerschaft kritisch sein kann und deshalb vermieden werden soll.

Auch Antibiotika können das Immunsystem des Kindes nachhaltig beeinflussen. Das kindliche Immunsystem interagiert früh und prägend mit dem Mikrobiom. Man kann sich daher leicht vorstellen, dass die prä- oder postnatale Exposition gegenüber Antibiotika einen Einfluss auf die Toleranzentwicklung hat. Auch hierzu wurden etliche Studien durchgeführt. Der epidemiologische Zusammenhang gilt als akzeptiert, der Effekt ist aber verhältnismässig klein. Auch hier ist es wiederum sehr schwierig, die Auswirkungen der Antibiotika und jene von Atemwegsinfekten auseinander zu halten. Jede Einnahme von Paracetamol oder Antibiotika in der Schwangerschaft erfordert eine korrekte Indikationsstellung, damit ein akzeptables Nutzen-Risiko-Verhältnis resultiert.

Referat von Prof. Dr. med. Sven Schulzke

Abbildung 1: Asthma-Stufentherapie (während der Schwangerschaft) basierend auf den GINA-Guidelines.



Abhängig von der Symptomkontrolle wird die Asthmatherapie bei Bedarf flexibel eine Stufe nach oben oder nach unten angepasst (www.ginasthma.org; adaptiert von M. Tamm).

SABA: Short Acting Beta Agonist, LABA: Long Acting Beta Agonist, ICS: Inhalative Kortikosteroide, LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten, LAMA: Long Acting Muscarinic Antagonists (= lang wirkende Anticholinergika).

*Datenlage schwach; daher nur in begründeten Einzelfällen und Ausnahmesituationen zu verwenden

Komplementärmedizinische Ansätze

In diesem Bereich bietet insbesondere auch die Komplementärmedizin interessante Optionen an, um beispielsweise auf das Mikrobiom des Kindes Einfluss zu nehmen. Es besteht eine Assoziation zwischen einer niedrigen mikrobiellen Diversität der Darmflora im ersten Lebensmonat und der Entwicklung einer Atopie. Probiotika können hier einen positiven Einfluss haben und zwar auf drei Ebenen: Sie beeinflussen die Zusammensetzung der Mikroben der Darmflora, sie fördern die natürliche Darmbarriere, und sie wirken immunmodulierend. Um therapeutische Effekte zu erzielen, müssen die Prä-

parate jedoch hochdosiert eingesetzt werden (z. B. Symbioflor®). Erstmals konnte auch in einer Studie gezeigt werden, dass Probiotika in der Prophylaxe für Kinder mit erhöhtem Risiko für Hautallergien eine Wirkung zeigen. Dies ist auch besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass Kinder mit IgE-assoziiertem Ekzem später oftmals eine allergische Rhinitis oder ein Asthma entwickeln (vgl. Abb. 2).

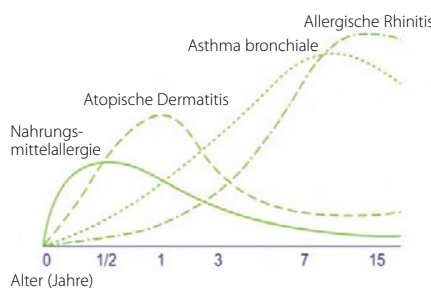
Bildquelle: Universitätsklinik Charité, Berlin.

Referat von Dr. med. Simon Feldhaus.

Korrespondenzadresse

Dr. sc. nat. Barbara Lardi-Studler
 Seeblickstrasse 11
 8610 Uster
 E-Mail: barbara.lardi@gmail.com

Abbildung 2: Atopische Erkrankungen im Verlauf.



Nächste SAPP-Veranstaltung

Workshop zum Thema «Reisen in Schwangerschaft und Stillzeit» am 16. März 2017 im Universitätsspital Zürich. Programm und Anmeldung unter www.sappinfo.ch.