Schnupfen in Schwangerschaft und Stillzeit

Aktuelle Therapieempfehlungen

Ursula von Mandach, Karin Fürer

Zwar ist es möglich, einen Schnupfen bei einer schwangeren oder stillenden Frau zu behandeln, aber die derzeitigen Empfehlungen sind genau einzuhalten. Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Perinatale Pharmakologie (SAPP) zeigt sowohl pharmakotherapeutische als auch nicht-pharmakotherapeutische Therapieansätze auf, die im Moment verfügbar sind.

Die häufigste Ursache von Schnupfen (Rhinitis) ist eine Infektion der Atemwege mit Viren oder Bakterien. Daneben gibt es die atopischen Ursachen (allergische Rhinitis) und schwangerschaftsspezifische Gründe.

Indikationen

Rhinitis im Zusammenhang mit einer Infektion der Atemwege

Meistens ist ein Schnupfen das erste Zeichen für eine Erkältung bzw. eine Infektion der Atemwege mit Viren oder Bakterien. Die Dauer der unkomplizierten, akuten Erkrankung beträgt ca. fünf Tage. Allerdings ist das Flimmerepithel erst nach drei bis vier Wochen wieder voll funktionstüchtig und in dieser Zeit anfällig für neue Infektionen (Superinfekte).

Allergische Rhinitis

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.

Schwangerschaftsrhinitis

Sie ist eine Form der nicht-allergischen Rhinitis (NAR).

Die Ursache ist unklar, u. U. Hormone; die Prävalenz beträgt 9–42 % aller Schwangeren. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählt das Rauchen.

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.

Dauer: Mehr als sechs Wochen; beginnt meist im 2./3. Trimester und endet zwei Wochen nach der Entbindung.

Pharmakotherapeutische Therapieansätze

Die folgenden Therapieempfehlungen sind unter Berücksichtigung der Empfehlungen des American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), der Food and Drug Administration (FDA) in Zusammenarbeit mit der American College of Allergy, Asthma, and Immunology (ACAAI), ACOG und der British Thoracic Society (BST) erstellt worden.

Rhinitis im Zusammenhang mit einer Infektion der oberen Atemwege

- **Topische Therapie**
  - Ätherische Öle: Eukalyptus, Thymian, Efeu (als Inhalativum, Nasensalbe, Riechstift, Körperbad, Bronchialsalbe).
  - Vasokonstriktoren: Xylometazolin, Oxymetazolin (Nasenspray, -tropfen).
  - Antihistaminika: Azelastin (Nasenspray).
  - Sekretolytika: Acetylcystein (Inhalativum).
  - Befeuchtende Mittel: Meerwasser isotonisch (Nasensalbe, -spray und -spülung; Meersalz als Badesalz); Hyaluronsäure (einzeln oder in Kombination).
- **Systemische Therapie als Begleittherapie einer viralen oder bakteriellen Infektion**
  - Paracetamol: Oral 500 mg bis max. 4 g/Tag nicht länger als 1 Woche.
  - Breitspektrumantibiotika (Penicilline und Makrolide) oral.
- **Prophylaxe**
  - Phytotherapeutische Immunmodulation mit Echinacea Präparaten, für die bisher kein erhöhtes terato-

Speziell in der Stillzeit zu beachten

- **Inhalationen?** Nicht in unmittelbarer Nähe zum Säugling (z. B. auf dem Arm) durchführen.
- **Orale Antibiotika?** Für die Zeit der Therapie ist die Muttermilch zu verwerfen (präventive Vermeidung der Resistenzbildung beim gestillten Kind).
- **Orale Antihistaminika?** Eine längere Dauertherapie ist zu vermeiden bzw. dann ist die Muttermilch zu verwerfen (Vermeidung der Sedierung des gestillten Kindes); eine kürzere, punktuelle Therapie ist möglich bzw. das Trinkverhalten des Kindes ist dabei gut zu beobachten.

Nächste Fortbildung der SAPP

Workshop zum Thema «Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit – Hotspots von der Forschung für die Praxis» am 15. März 2018 im Universitätsspital Zürich. Programm und Anmeldung unter www.sappinfo.ch.

genes Potential oder andere SS-spezifische UAW beobachtet wurden.
- Aktive Impfung gegen saisonale Grippe; gemäss BAG allen schwangeren Frauen bis 4 Wochen postpartal empfohlen.

Allergische Rhinitis

Die Therapieansätze richten sich im Wesentlichen nach denjenigen bei allergischem Asthma/allergischen Erkrankungen in der Schwangerschaft.

- **Antihistaminika**
  - Topisch: Azelastin (Nasenspray u. U. auch als Augentropfen).
  - Systemisch: Loratadin, Cetirizin oral.
- **Kortikosteroide**
  - Topisch: Budesonid, Fluticason (Nasenspray, Inhalativa) evtl. in Kombination mit topischen Antihistaminika.
  - Systemisch: Prednisolon nur wenige Tage.
- **Spezifische Immuntherapie**
  - Beginn einer subkutanen Immuntherapie (SCIT) kontraindiziert.
  - Einleitungsphase: Therapie abbrechen.
  - Erhaltungsphase: Therapie fortsetzen.

Schwangerschaftsrhinitis Kortikosteroide

- Topisch: Budesonid, Fluticason (Nasenspray, Inhalativum).

Nicht pharmakotherapeutische Therapieansätze

Raumhygiene

- Luftbefeuchter.
- Raumtemperatur angemessen halten (i. d. R. nicht >22 °C).

Körperliche Betätigung

- Im Freien mit angemessener (im Winter wärmender) Kleidung.

Literatur auf Anfrage

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach
und Dr. phil. II Karin Fürer
SAPP
Universitätsspital Zürich
Postfach 125
8091 Zürich
www.sappinfo.ch

Anzeige