

Triage in Schwangerschaft und Stillzeit

# Welche Therapien sind bei Erbrechen, Kopfschmerzen, Fieber oder Juckreiz empfohlen?

Barbara Lardi

Eine gute Triage in der Schwangerschaft und Stillzeit setzt vertiefte Kenntnisse voraus. Im vorliegenden Artikel werden vier häufige Leitsymptome besprochen.

## Erbrechen in der Schwangerschaft

Diverse entzündliche und nicht-entzündliche Erkrankungen des Verdauungstraktes können Übelkeit und Erbrechen auslösen (siehe Tab. 1). Vier von fünf Schwangere im 1. Trimenon sind von Übelkeit betroffen, die Hälfte davon zusätzlich mit Erbrechen. Von einer Hyperemesis gravidarum spricht man, wenn fünf Mal oder mehr am Tag erbrochen wird, ein Gewichtsverlust von über 5%, Ketonurie sowie Elektrolytverschiebungen auftreten.

Reichen Lebensstilveränderungen nicht aus, um die Übelkeit in den Griff zu bekommen, wird gemäss einem Stufenschema therapiert, welches sich je nach Literatur und Klinik leicht unterscheiden kann (siehe Tab. 2).

Rererentin: Dr. med. Rebekka Stähli

**Tipps bei Schwangerschaftsübelkeit und Erbrechen**

- Kleine Mahlzeiten alle 1–2 h; vor und nach dem Essen 30 Minuten ruhen.
- Abends keine Hauptmahlzeit.
- Keinen Kaffee, keine würzigen und scharfen Speisen, wenig Fett, keine Süssigkeiten, proteinreich und salzig essen.
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr in kleinen Mengen.
- Wenn möglich viel Bewegung im Freien; für genügend Sauerstoffzufuhr sorgen, um Vena cava Syndrom zu vermeiden.

**Tipps aus der Komplementärmedizin bei Schwangerschaftsübelkeit und Erbrechen**

- *Nux vomica* D6 fünf Globuli morgens (wirkt bei je etwa der Hälfte der Schwangeren entweder sehr gut oder gar nicht).
- Frischen Zitronensaft (*Citrus limon*) ins Wasser geben.
- Frischen oder getrockneten Ingwer (*Zingiber officinale*) ins Trinkwasser geben, evtl. zusammen mit Zitrone.
- 2–4 dl Grünsaft pro Tag: Ein Volumenteil frische Orangen und Grapefruit, ein Volumenteil Gemüseblätter und ein Volumenteil Salatblätter mit Wasser gemixt.

Quelle: Dr. med. Dorin Ritzmann

## Kopfschmerzen

Gemäss den 2019 vollständig überarbeiteten Empfehlungen der Schweizerischen Kopfwegesellschaft sollen in der

Schwangerschaft wenn möglich weder Akut- noch Langzeitbehandlungen gegen Migräne oder verwandte Kopfwegformen durchgeführt werden (siehe Tab. 3). In den Studien und Registeranalysen gibt es keine

Table 1. Mögliche Ursachen von Erbrechen während der Schwangerschaft.

	Symptome	Diagnostik
<b>Schwangerschafts-erbrechen</b>	v. a. im 1. Trimenon, zu jeder Tageszeit, ohne Fieber, länger andauernd	Labor: Elektrolyte
<b>Akute Gastroenteritis</b>	Viral oder bakteriell Erbrechen akut einsetzend, akuter Verlauf, meist kombiniert mit Durchfall und evtl. Fieber, starkes Krankheitsgefühl	
<b>Appendizitis</b>	Übelkeit, Erbrechen, starke Unterbauchbeschwerden, Fieber	Klinik, US, Labor (Entzündungsparameter)
<b>HELLP/Präeklampsie (z. T. überlagert)</b>	Im 2. und 3. Trimenon, Übelkeit, Oberbauchbeschwerden, evtl. Kopfschmerzen, Hypertonie, Augenflimmern, Ödeme, Gewichtszunahme	Klinik, Labor (H: hemolysis, EL: <i>elevated liver enzymes</i> , LP: <i>low levels of platelets</i> )
<b>Zentralnervöse Ursachen, Migräne</b>	Kopfschmerzen, Hirndruckzeichen, neurologische Symptome	Gegebenenfalls neurologische Abklärung, bildgebende Verfahren
<b>Reisekrankheit</b>	Vorübergehendes Erbrechen	
<b>Diverse entzündliche und nicht-entzündliche Erkrankungen</b>	z. B. Ileus, Gallenblase (Gallensteine), Leber, Niere (Blasensteine)	Klinik, bildgebende Verfahren, Labor
<b>Diverse Infekte</b>	Hepatitis A, B, C, schwer verlaufende Influenza, Staphylokokken- und Streptokokken-Infekte, Lebensmittelvergiftungen (z. B. Salmonellen)	Klinik (Fieber), Labor, Serologie
<b>Medikamente/Drogen</b>		Toxikologisches Screening

**Tabelle 2.** Stufenschema zur Therapie von Übelkeit und Erbrechen während der Schwangerschaft.

Wirkstoff	Dosierung	Bemerkungen
<b>Stufe 1</b>		
Pyridoxin (Vit B6)* Tbl.	Bis 200 mg/Tag	Zwei Placebo kontrollierte Studien, n=416 Frauen
Ingwerwurzelstockpulver (Zintona® Kps. 250 mg) Ingwerwurzelstock-Tee	Bis 3 × 500 mg/Tag Mehrere Tassen/Tag	Gute Datenlage Bisher kein teratogener Effekt bekannt
<b>Stufe 2</b>		
Meclozin (in Itinerol B6®) Kps.	Bis 4 Kps./Tag	Jahrzehntelange Erfahrung Im Tierversuch Embryotoxizität; beim Menschen nicht bestätigt.
Chlorpromazin (Largactil® Tropfen 4%)**	1–2 × 13 Tropfen/Tag	Import aus Frankreich Teratogenitätspotenzial in Studien nicht klar belegt, aber lang-jährige Erfahrung aus dem Ausland.
<b>Stufe 3</b>		
Metoclopramid (Paspertin®, Primperan® Tr. bzw. Lös. oder Tbl.)	Bis 40 mg/Tag	Gilt als sicher in der Schwangerschaft UAW: Mundtrockenheit, extrapyramidale Störungen, psychiatrische Störungen → nicht bei Schwangeren mit Depression!
Chlorpromazin parenteral (Largactil® 25 mg/5 ml Amp.)**	200 mg/Tag i. m.	siehe oben
<b>Stufe 4</b>		
Domperidon (Motilium® Tbl.)**/**	3 × 10–20 mg/Tag	Das Teratogenitätspotenzial ist nicht ausreichend beurteilbar. Bisherige Daten zeigen kein erhöhtes Risiko. Sehr selten extrapyramidale UAW, aber fördert Prolaktinfreisetzung aus der Hypophyse. <b>Anwendung in der Schwangerschaft sollte kritisch überprüft werden, Alternativen vorziehen.</b>
Ondansetron (Zofran® Tbl.)**	2–3 × 4–8 mg/Tag	Bei therapierefraktären Fällen <b>CAVE: nicht im 1. Trimenon!</b> Es wird vermutet, dass Ondansetron orofaziale Fehlbildungen verursacht, widersprüchliche Ergebnisse bezüglich Herzfehlbildungen.
Methylprednisolon (Medrol® Tbl.)***	16 mg alle 8 h für drei Tage, danach 50% Reduktion alle 3 Tage	Bei therapierefraktären Fällen Falls keine Wirkung nach 48–72 h, Therapie ohne Ausschleichen stoppen.
Prednisolon (Spiricort® Tbl.)	40–60 mg/Tag, max. 50% Reduktion alle 3 Tage	

\* Im KS Aarau in Stufe 2; \*\* In den Empfehlungen des KS Aarau nicht enthalten; \*\*\* In den Empfehlungen des USZ nicht enthalten

Hinweise auf eine erhöhte Teratogenität von Triptanen (am besten untersucht ist Sumatriptan).

Eine interessante Alternative zur Prävention und Therapie könnte die Neurostimulation des Trigeminus-Nervs sein (mit Cefaly®, gemäss Firmeninformation sicher in der Schwangerschaft).

**Hinweise auf eine Präeklampsie**

- Bilaterale, pulsierende Kopfschmerzen, die sich bei körperlicher Aktivität verschlechtern.
- Blutdruck über 140/90 mm Hg oder Anstieg von systolisch  $\geq 30$  bzw. diastolisch  $\geq 15$  mm Hg (Blutdruck messen!)
- Proteinurie (Urinstreifen in der Apotheke)
- Evtl. Ödeme (Gewichtszunahme verstärkt)
- Evtl. Übelkeit, Oberbauchbeschwerden
- Evtl. Augenflimmern
- Sofortige Hospitalisation bei Verdacht auf Präeklampsie!

Während der Schwangerschaft muss v.a. bei plötzlich auftretenden Kopfschmerzen immer auch an Schwangerschaftskomplikationen (Präeklampsie), eine Sinusvenenthrombose oder andere vaskuläre Komplikationen gedacht werden. Insbesondere Migränikerinnen, bei welchen sich die Migräne während der Schwangerschaft verschlimmert, weisen ein erhöhtes Risiko für eine Präeklampsie auf.

Referent: Prof. Dr. med. Peter S. Sandor

**Tipps aus der Komplementärmedizin bei Kopfschmerzen**

- 10%iges Pfefferminzöl (*Mentha piperita*) über Stirne und Schläfen bei Migräne und Spannungskopfschmerzen.
- Manuelle Therapien (Chiropraktik, Osteopathie) können bei Schwangeren sehr gut wirksam sein.
- Eisenspeicher bei Bedarf auf Ferritin-Werte zwischen 50–100  $\mu\text{g/l}$  anheben.

Quelle: Dr. med. Dorin Ritzmann

**Tabelle 3.** Einsetzbare Medikamente bei Kopfschmerzen während der Schwangerschaft, falls unumgänglich

Wirkstoff	Dosierung	Bemerkungen
Paracetamol	Max. 3 g/Tag	Max. 1 Woche
Mefenaminsäure	3 × 500 mg/Tag	Nur Einzeldosen und nur im 1. Trimenon
Ibuprofen	Bis 2400 mg/Tag	Nur in Einzeldosen und nicht im letzten Trimenon
Sumatriptan	Bis max. 200 mg/Tag	Nur nach sorgfältiger Nutzen-/Risikobeurteilung
Naratriptan	Bis max. 5 mg/Tag	
Propranolol, Metoprolol und Amitriptylin	individuell	Vertretbare Prophylaxen Magnesium i.v. wird nicht mehr empfohlen

## Fieber in der Schwangerschaft und Stillzeit

Fieber ist keine Krankheit per se, sondern ein Hinweis für infektiöse oder nicht-infektiöse Störungen im Körper. Fieber in der Schwangerschaft ist nicht selten, haben doch etwa 20% der Schwangeren mindestens eine Episode. Bei der Ursachensuche ist eine genaue Anamnese essentiell, um mögliche schwerwiegende Folgen zu antizipieren und eine ursachen-fokussierte Therapie einleiten zu können. In der Schwangerschaft besteht eine Prädisposition für gewisse Infekte, vor allem der ableitenden Harnwege und im Genitaltrakt, die von Fieber als eines der frühen Symptome begleitet sein können. Der wichtigen immunstimulierenden Funktion von Fieber bei der Bekämpfung von Infekten steht ein für das Kind potentiell erhöhtes Risiko gegenüber, zumal die fetale über der maternalen Temperatur liegt. In grossen Studien der letzten Jahre wurde zwar insgesamt keine

signifikante Assoziation von maternalem Fieber in der Früh-Schwangerschaft mit kongenitalen Fehlbildungen diagnostiziert, aber die Datenlage ist nach wie vor sehr heterogen und inkonsistent. Mit Fieber assoziiert ist ein durch uteruskontrahierende Prostaglandine ausgelöstes erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt, die es zu vermeiden gilt.

Referentin: Dr. med. Alexia Anagnostopoulos, MD MPH

## Juckreiz in der Schwangerschaft und Stillzeit

Juckreiz ist ein Leitsymptom zahlreicher dermatologischer Erkrankungen, kann jedoch auch im Rahmen internistischer, neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen auftreten. Daher sollte Juckreiz immer weiter abgeklärt werden. Insbesondere während der Schwangerschaft kann neuauftretender Juckreiz Hinweise auf ernsthafte zugrundeliegende Erkrankungen liefern. Für die Triage wird unterschieden, ob zusätzlich ein Hautauschlag vorliegt (siehe Abb. 1).

Zur Therapie von akutem und chronischem Juckreiz (≥6 Wochen) stehen diverse bekannte Wirkstoffe auch für die Zeit der Schwangerschaft und Stillzeit zur Verfügung (siehe Tab. 4 und 5).

Ein besonderes Augenmerk muss auf die intrahepatische Schwangerschafts-Cholestase gerichtet werden, bei welcher

ein isolierter Juckreiz von erhöhten Leberwerten und Gallensäuren im Blut begleitet wird. Sekundär wird auch erhöhtes ALP, Transferasen und Bilirubin gefunden. Beim Fötus kann die Schwangerschafts-Cholestase zu Wachstumsverzögerung, Frühgeburt oder gar Totgeburt führen. Nach der Entbindung (einzige kausale Therapie!) gehen die Symptome spontan zurück.

Topische Antipruriginosae wirken kaum; ebenso wirken systemische Antihistaminika wie Cetirizin und Clemastin auch in den höchst zulässigen Dosen nur ungenügend.

Die physiologische hydrophile Gallensäure Ursodeoxycholsäure wirkt rasch, ist sicher für Mutter und Kind und senkt die fetale Mortalität (Dosierung: 2 × 1000 mg/Tag; off label use).

Referenten: Prof. Dr. med. Thomas M. Kündig  
Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach

### Fiebersenkung während der Schwangerschaft

- Ganze Schwangerschaft: Paracetamol; peripartal und mit drohender Frühgeburt nur 3 g/Tag; kontinuierlich max. 1 Woche.
- Bis zur 28. Schwangerschaftswoche und nur punktuell Ibuprofen (maximal 2400 mg/Tag).

### Tipps aus der Komplementärmedizin

Bei viralen Erkrankungen speziell der oberen Luftwege ist ab der 15. Schwangerschaftswoche Purpursonnenhut (*Echinacea purpurea*) anwendbar:

Entweder lokal als Mundspray resp. Resistenztabletten oder systemisch für 7 Tage, einmal pro Monat.

Quelle: Dr. med. Dorin Ritzmann



© D. Ritzmann

### Symptome der intrahepatischen Schwangerschafts-Cholestase

- Juckreiz v. a. nachts, am stärksten am Stamm, Handflächen und Fusssohlen.
- Fettstuhl, dunkler Urin (bei ≤ 50% der Patientinnen).
- Nicht obligat: Ikterus.
- Blutungen wegen Vitamin K-Malabsorption und verlängerter Gerinnungszeit.

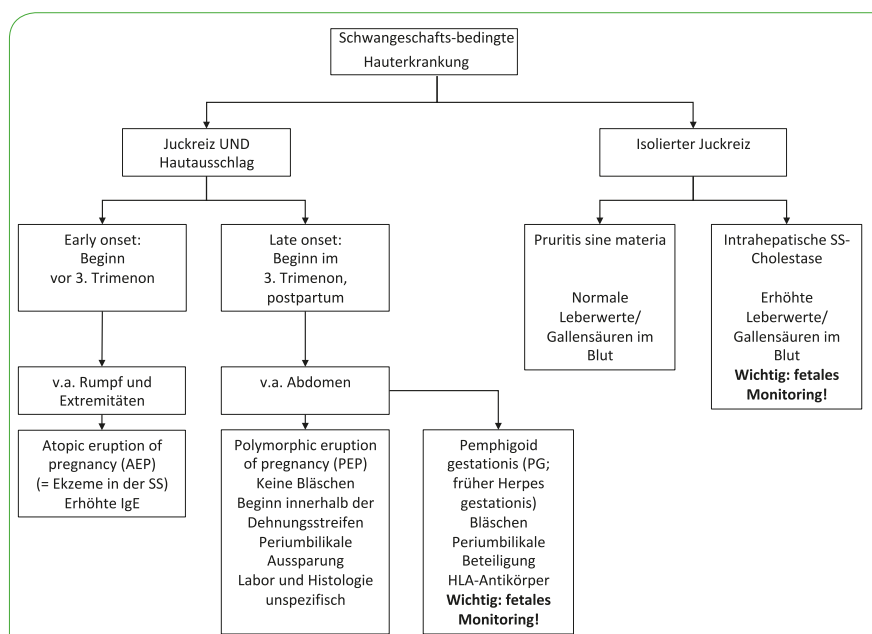


Abbildung 1. Triage bei Juckreiz in der Schwangerschaft, adaptiert von «Handbuch Geburtshilfe USZ 2019».

**Tabelle 4.** Stufenschema zur Therapie von Ekzemen und Bläschen in der Schwangerschaft (AEP bzw. PEP).

Stufe 1	
Lokal	Menthol 1% in Coldcream (KAZ, Kantonsapotheke Zürich) Polidocanol 5% in Coldcream (KAZ) Optiderm® Lotion
Systemisch	Clemastin 1 mg, 2 × täglich Cetirizin 10 mg, 1 × täglich
Stufe 2	
Lokal	Schwache bis mittelstarke topische Kortikosteroide (Prednicarbat 0,25% oder Mometason 0,1%)
Stufe 3	
Lokal	Lichttherapie (nicht bei PEP)
Systemisch	Prednison 60 mg/Tag für 3 Tage, dann 40 mg/Tag für 3 Tage, dann 20 mg für 3 Tage.

**Magistralrezeptur Ekzemcreme für Erwachsene nach D. Ritzmann:**

Rasch Juckreiz-mindernde Creme bei Pruritus verschiedener Ursache. In der Schwangerschaft ab der 15. Woche.

Solanum dulcamara Urtinktur	1.50 g
Vaccinium myrtillus Urtinktur	0.50 g
Calendula officinalis Urtinktur	0.50 g
Betula alba Urtinktur	0.50 g
Thymus vulgaris Urtinktur	0.50 g
Excip. ad ung. ad	50.00 g

Haltbarkeit je nach Grundlage maximal ein Jahr.

**Tabelle 5.** Therapieoptionen bei chronischem (vorbestehendem) Juckreiz in Schwangerschaft und Stillzeit

Dermatologische Basistherapie		
Waschen	Rückfettende Hautwaschemulsion mit juckreizstillendem Polidocanol	
Pflege	Harnstoff- oder Milchsäurehaltige Produkte	Sehr trockene Haut: Salben Trockene Haut: Lipolotion oder Creme z. B. Balneum®, Excipial® u. a.
Topische Therapie		
Topische Steroide	Mometason, Triamcinolon	Auch in der Schwangerschaft ok.
Topischer Calcineurin-Inhibitor	Tacrolimus	Second line, falls topische Steroide ungenügend wirken. Kaum Daten.
TRPV1-Agonist	Capsaicin	<b>Keine Anwendung in der Schwangerschaft.</b>
Systemische Therapien		
Antihistaminika	Desloratadin, Cetirizin, Loratadin, Levocetirizin	Bei Urtikaria Falls keine Besserung nach 2 Wochen: Dosierung auf das 4-fache steigern für 1–4 Wochen. CAVE in Stillzeit: Sedation des Säuglings → Monitoring.
Antidepressiva	Amitriptylin	Bei neuropathischem oder paraneoplastischem Pruritus, falls keine andere Option. <b>Paroxetin und Mirtazapin sind in Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert.</b>
Immunsuppressiva	Ciclosporin A	Bei atopischer Dermatitis, chronischem Prurigo <b>Methotrexat und Azathioprin sind in Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert.</b>
mAb IgE	Omalizumab	Bei Urtikaria zusätzlich, falls keine Wirkung mit Antihistaminika in höchster Dosierung während 1–4 Wochen CAVE: wenig Daten für Stillzeit; wegen Molekülgrösse niedriger Gehalt in der Milch.
Orale Kortikosteroide	Kurzfristig für maximal 10 Tage, falls ungenügende Wirkung von Antihistaminika.	

**Tipps aus der Komplementärmedizin**

- Benediktenkraut (*Cnicus benedictus*) zur milden Leberanregung mit Verbesserung von Akne und Schwangerschafts-Pruritus: 1 × 10 Tropfen Urtinktur/Tag ab dem 2. Trimenon.
- Löwenzahn (*Taraxacum officinalis*) als mildes Bittermittel mit günstiger Stoffwechselwirkung auf Leber, Pankreas, Nieren und Haut: 1 × 10 Tropfen Urtinktur/Tag ab dem 3. Trimenon.
- Grünsaft: Smoothie aus je 1/3 frische Gemüseblätter, frische Salatblätter und Früchte/Beeren mit Wasser, täglich 2–4 dl ab Beginn der Schwangerschaft.

Quelle: Dr. med. Dorin Ritzmann



© D. Ritzmann

**Nächste SAPP-Veranstaltungen**

Webinare «Anspruchsvolle Medikamente» am 5.11. und am 10.12.2020;  
Workshop Phytotherapie am 11.3.2021 am Universitätsspital Zürich, Infos und Anmeldung unter [www.sappinfo.ch](http://www.sappinfo.ch)

**Korrespondenzadressen:**

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

Geschäftsstelle Schweizerische Akademie für Perinatale Pharmazie (SAPP)  
Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach, Präsidentin  
Universitätsspital Zürich  
Postfach 125  
8091 Zürich  
[www.sappinfo.ch](http://www.sappinfo.ch)  
E-Mail: [ursula.vonmandach@usz.ch](mailto:ursula.vonmandach@usz.ch)