

Abklärung und Therapie – Ursache und Klassifikation

Pruritus in der Schwangerschaft

Pruritus ist das häufigste dermatologische Symptom in der Schwangerschaft und tritt in 14-20% aller Schwangerschaften auf (1). Der Pruritus kann für die Schwangere extrem belastend werden und die Lebensqualität relevant einschränken. In 1 von 5 physiologischen Schwangerschaften tritt ein Pruritus auf (physiologischer Pruritus), kann aber auch Ausdruck einiger Schwangerschaftsdermatosen sein.

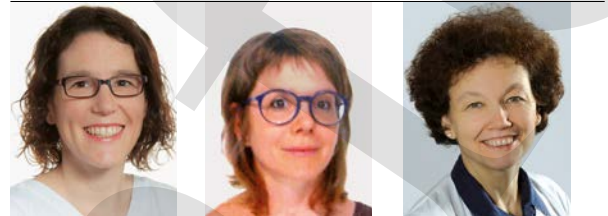


Le prurit est le symptôme dermatologique le plus fréquent pendant la grossesse et survient dans 14 à 20% des grossesses (1). Le prurit peut affecter la qualité de vie de la femme enceinte de manière significative. Dans une grossesse physiologique sur 5, un prurit est présent (prurit physiologique). Mais le prurit peut aussi être l'expression de plusieurs dermatoses spécifiques à la grossesse.

Hautprobleme sind in der Schwangerschaft sehr häufig und können in drei Kategorien unterteilt werden:

- physiologisch
- schwangerschaftsspezifische Dermatosen
- häufige Hauterkrankungen (2) (Tab. 1).

Verschiedene Klassifikationen der schwangerschaftsspezifischen Dermatosen wurden vorgeschlagen (3): 1983 die Klassifikation nach Holmes and Black (4) und 1998 nach Schornick (5). Ambros-Rudolph



**Dr. med.
Cécile Monod**
Basel

**Dr. med.
Maria Tropea**
Basel

**Prof. Dr. med.
Irene Hösli**
Basel

et al. schlugen 2006 in einer retrospektiven Analyse von über 500 Schwangeren mit Dermatose eine revidierte Klassifikation vor (6). Die schwangerschaftsspezifischen Dermatosen wurden neu in vier Gruppen unterteilt: Atopic eruption of pregnancy (AEP), Polymorphic eruption of pregnancy (PEP), Pemphigoid gestationis (PG), Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) (6) (Tab. 2). Auch wenn die Hautläsionen sekundär nach dem Kratzen erscheinen, wurde weiterhin die ICP in der Klassifikation eingeschlossen. Neu wurden drei Entitäten – Eczema in pregnancy (EP), Prurigo of pregnancy (PP), Pruritic folliculitis of pregnancy (PF) – unter dem Namen AEP zusammengefasst, da sie sich klinisch und histopathologisch überlappen. Mögliche andere nicht schwangerschaftsspezifische Hauterkrankungen sind in der Tabelle 3 dargestellt (6).

Beispiele von pruritischen Dermatosen in der Schwangerschaft sind in den Abbildungen 1-3 dargestellt.

Abklärungen

Damit Schwangerschaftsdermatosen mit potentiellen Auswirkungen auf die Mutter und den Fetus erkannt werden können, sind eine gezielte Anamnese und eine detaillierte klinische Untersuchung sehr wichtig (7) (Tab. 4 und 5). Die Abb. 4, adaptiert nach (2) und (6-8), fasst die diagnostischen und therapeutischen Schritte bei den pruritischen Dermatosen in der Schwangerschaft zusammen. Es werden Schwangerschaftsdermatosen mit oder ohne primäre Hautläsionen unterschieden. Das Gestationsalter beim ersten Auftreten spielt ebenfalls eine wichtige Diagnosehilfe, sowie der Aspekt und die Verteilung der Läsionen und des Pruritus. Der Pruritus in der Schwangerschaftscho-



Abb. 1: PEP bei einer Zwillingschwangerschaft im dritten Trimenon. Ein PG wurde mit Hautbiopsie ausgeschlossen. Mit Genehmigung der Patientin.

TAB. 1	Pruritus in der Schwangerschaft: Ursachen, adaptiert nach (2)
Mit Hautausschlag:	
<ul style="list-style-type: none"> • Atopic eruption of pregnancy (AEP) • Polymorphic eruption of pregnancy (PEP) • Pemphigoid gestationis • Skabies • Urticaria • Medikamentöse Reaktionen • Allergien 	
Ohne Hautausschlag	
<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftscholestase (intrahepatic cholestasis (ICP)) • Aggravierung einer Lebererkrankung. Z.B. primäre biliäre Zirrhose 	

TAB. 2	Die 4 schwangerschaftsspezifischen Dermatosen und ihre Synonyme, adaptiert nach (6)
	Synonym
Atopic eruption of pregnancy (AEP) (atopische Schwangerschaftsdermatose)	Eczema in pregnancy (EP) Prurigo of pregnancy (PP) Pruritic folliculitis of pregnancy (PF) Early-onset prurigo of pregnancy Papular dermatitis of pregnancy
Polymorphic eruption of pregnancy (PEP) (polymorphe Schwangerschaftsdermatose)	Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy Toxic erythema of pregnancy Toxemic rash of pregnancy Late-onset prurigo of pregnancy
Pemphigoid gestationis (PG) (Schwangerschafts-Pemphigoid)	Herpes gestationis
Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) (Schwangerschaftscholestase)	Cholestasis of pregnancy Pruritus/prurigo gravidarum Obstetric cholestasis Jaundice of pregnancy

TAB. 3	Andere häufige Hauterkrankungen in der Schwangerschaft, adaptiert nach (2) und (6)
Entzündliche Erkrankungen	
Acne vulgaris Psoriasis Acne rosacea Pityriasis rosea Urticaria Erythema nodosum	
Hautinfektionen	
Virale Infektionen: Herpes simplex, Varicella Zoster Pilzinfektionen Skabies Bakterielle Hautinfektionen	
Autoimmune Erkrankung	
Systemischer Lupus erythematosus Pemphigus vulgaris	
Kontaktdermatitis	
Medikamentöse Reaktionen (Exanthem/Urticaria)	
Hautumoren	
Benigne melanozytäre Naevi Melanome	



Abb. 2: Herpes Zoster im Bereich vom 3. Ast vom Nervus trigeminus links in der 32. SSW. Mit Genehmigung der Patientin.

lestase (ICP) betrifft vor allem die Handfläche, Fusssohle und ist häufig ausgeprägter in der Nacht, was beim physiologischen Pruritus in der Schwangerschaft nicht den Fall ist. Nur das PG zeigt spezifische Veränderungen in der Hautbiopsie. Laborveränderungen werden in der ICP, eventuell in der AEP und dem PG beobachtet. Eine potentielle fetale Gefährdung ist bei ICP (9) und PG möglich, nicht aber bei PEP und AEP.

In unklaren Fällen ist eine interdisziplinäre Beurteilung mit den Geburtshelfern und Dermatologen angezeigt.

Therapie

Die Therapiemöglichkeiten sind ebenfalls in der Abbildung 4 zusammengefasst. Die Therapie basiert auf topischen Massnahmen wie Salben mit oder ohne juckreizhemmenden Zusatz (Menthol, Polidocanol, Urea), systemischen Antihistaminika, topischen Steroiden sowie in therapierefraktären Fällen systemischen Steroiden. Selten können Immunsuppressiva bei schwe-

TAB. 4	Gezielte Anamnese: Hauterkrankung in der Schwangerschaft, adaptiert nach (7)
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer der Erkrankung • Verteilung und Verbreitung • Faktoren die zur Erleichterung oder Verschlimmerung führen • Assoziierte Symptome (Juckreiz, Brennen, Schmerzen, Rötung) • Familienanamnese Hauterkrankungen • Soziale Faktoren: Arbeit, Reise • Vorgeschichte: Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Hauterkrankungen • Auswirkung auf Lebensqualität 	

TAB. 5	Klinische Untersuchung, adaptiert nach (7)
Verteilung der Läsionen	
<ul style="list-style-type: none"> • Lokalisation • Symmetrie <ul style="list-style-type: none"> ○ Symmetrisch: eher endogene Ursache ○ Asymmetrisch: eher exogene Ursache (Infektion, Reizmittel, Kontaktdermatitis) 	
Beschreibung der Läsion	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Form ○ Grösse ○ Farbe ○ Rand ○ Oberfläche ○ Art der Läsion: Papel, Pustel, Bläschen, Bulla 	



Abb. 3: Generalisiertes papulovesikulöses Exanthem, DD schwere Hautreaktion auf Aspirin, DD PEP. Ein PG wurde mit Hautbiopsie ausgeschlossen. Die Patientin wurde mit Antihistaminika und lokalen sowie systemischen Kortikosteroiden therapiert. Aspirin wurde sistiert. Mit Genehmigung der Patientin.

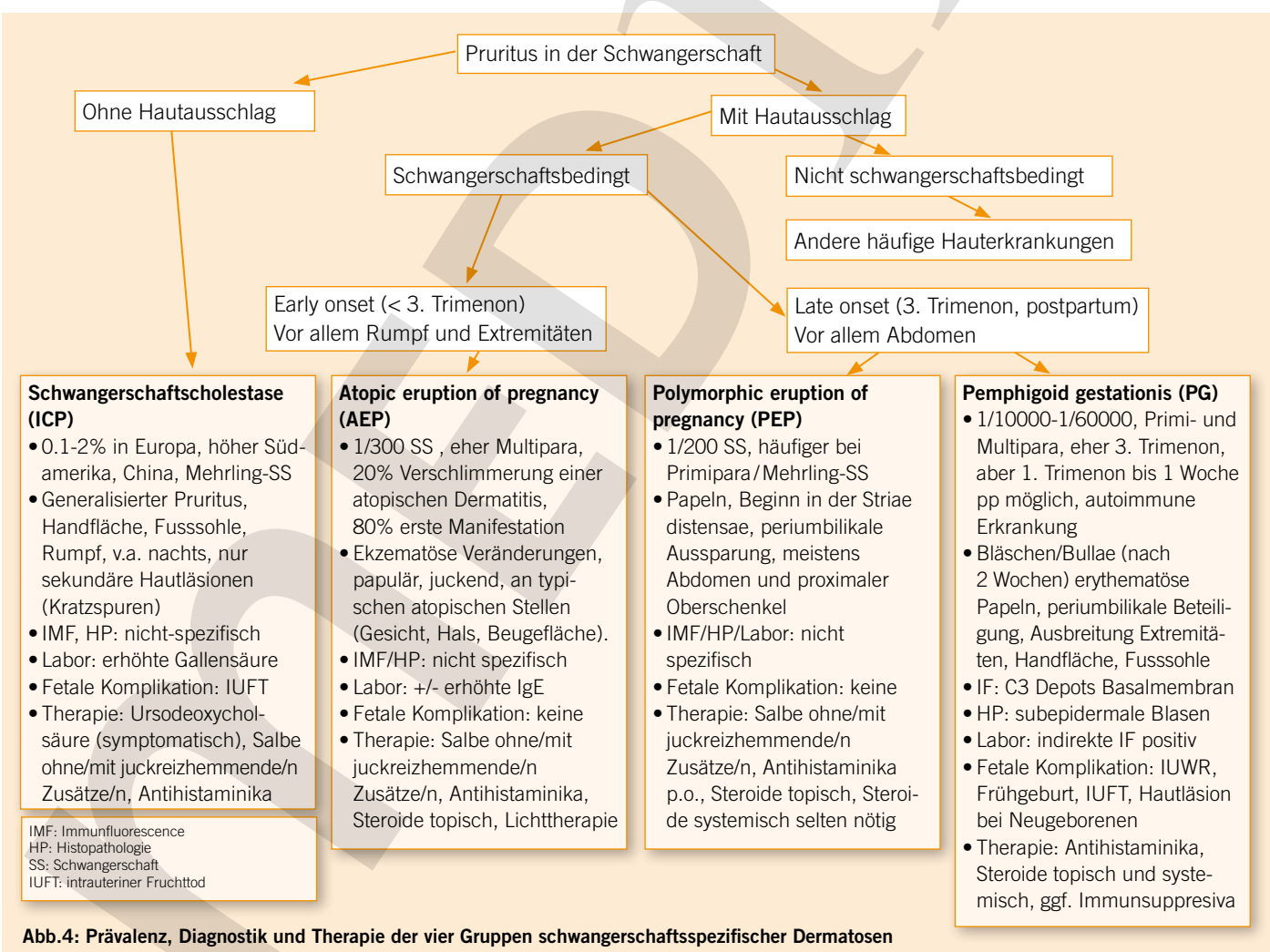


Abb.4: Prävalenz, Diagnostik und Therapie der vier Gruppen schwangerschaftsspezifischer Dermatosen

ren Formen des PG nötig werden. Bei den schweren Formen von AEP kann auch eine UVB-Lichttherapie eingesetzt werden (7). Die symptomatische Therapie der ICP basiert zusätzlich zu den Salben mit juckreizhemmenden Zusätzen auf hochdosierter systemischer Ursodeoxycholsäure, welche die Gallensäure im Blut der Mutter bindet und den Juckreiz somit lindert (10). Ob diese Therapie die fetalen Komplikationen reduziert, wird kontrovers diskutiert. (11). Eine Einleitung vor dem Termin kann je nach Höhe der Gallensäure im mütterlichen Blut diskutiert werden (9-10).

Dr. med. Cécile Monod, cecile.monod@usb.ch

Oberärztin, Geburtshilfe und Ultraschall

Dr. med. Maria Tropea, maria.tropea@usb.ch

Assistenzärztin

Prof. Dr. med. Irene Hösli, irene.hoesli@usb.ch

Chefärztin, Geburtshilfe & Schwangerenmedizin

Universitätsspital Basel, Frauenklinik, Spitalstrasse 21, 4031 Basel



Interessenskonflikt: Die Autorinnen deklarieren keine Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel.

Take-Home Message

- ◆ Pruritus ist das häufigste dermatologische Symptom in der Schwangerschaft und kann zur Beeinträchtigung der Lebensqualität der Schwangeren führen.
- ◆ Eine genaue Diagnosestellung ist wichtig, damit das fetale Risiko identifiziert und die optimale Therapie eingeleitet werden kann.
- ◆ Eine gezielte Anamnese, eine detaillierte klinische Untersuchung sowie Laboruntersuchung, gegebenenfalls auch eine Hautbiopsie sind die wichtigen Schritte zur korrekten Diagnose.
- ◆ Bei Unklarheiten ist eine interdisziplinäre Beurteilung durch den Geburtshelfer und Dermatologen unabdingbar.
- ◆ Die Therapie basiert prinzipiell auf Salbe bzw. Creme ohne oder mit juckreizhemmende/n Zusätze/n, topischen und systemischen Steroiden sowie hochdosierter Ursodeoxycholsäure im besonderen Fall der ICP. In seltenen Fällen der AEP und PG können Lichttherapie und Immunsuppressiva zum Einsatz kommen.

Messages à retenir

- ◆ Le prurit est le symptôme dermatologique le plus fréquent pendant la grossesse. Il peut affecter la qualité de vie de la femme enceinte.
- ◆ Il est important de poser un diagnostic précis afin d'identifier les risques pour le fœtus et d'initier la thérapie optimale.
- ◆ L'anamnèse ciblée, l'examen clinique détaillé, ainsi que des analyses de laboratoire et une biopsie cutanée le cas échéant, sont les étapes importantes pour arriver au diagnostic correct.
- ◆ En cas d'incertitude, une évaluation interdisciplinaire entre l'obstétricien et le dermatologue est indispensable.
- ◆ Les bases de la thérapie sont les émoullissants sans ou avec adjonction d'anti-prurigineux, les stéroïdes topiques ou systémiques ainsi que l'acide ursodésoxycholique dans le cas particulier de la cholestase intrahépatique (ICP). Rarement, en cas de AEP (dermatite atopique de grossesse) et PG (pemphigoïde gravidique), on peut avoir recours à la photothérapie et aux immunosuppresseurs.

Literatur:

1. Bechtel MA, Pruritus in Pregnancy and its management, *Dermatol Clin* 2018; 36: 259-265
2. Vaughan Jones S, Ambros-Rudolph C, Nelson-Piercy C. Skin disease in pregnancy. *BMJ* 2014; 348:g3489
3. Danesh M, Keltz Pomeranz M, McMenimm E, Murase JE, *Dermatoses of pregnancy: Nomenclature, misnomers, and myths*, *Clinics in Dermatology* 2016; 34: 314-319
4. Holmes RC, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:405-12.
5. Shornick JK. *Dermatoses of pregnancy. Semin Cutan Med Surg* 1998; 17:172-81.
6. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:395-404.
7. Maharajan A, Aye C, Ratnavel R, Burova E. Skin eruptions specific to pregnancy: an overview. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2013; 15:233-40.
8. Nelson-Piercy C, *Handbook of Obstetric Medicine, Fifth Edition*, 2015CRC Press, Taylor and Francis Group
9. Ovadia C, Seed PT, Sklavounos A et al. Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses. *Lancet*. 2019 Mar
10. Green-top Guideline 43, *Obstetric Cholestasis*, RCOG, April 2011 https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_43.pdf
11. Chappell LC, Bell JL, Smith A, Linsell L et al. (PITCHES Study group) Ursodeoxycholic acid versus placebo in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy (PITCHES) *Lancet* 2019; 394:849-60