

Atemwegserkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit

Barbara Lardi

Am diesjährigen Workshop der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Perinatale Pharmakologie wurden die neuesten Erkenntnisse und Empfehlungen zur Behandlung von Atemwegserkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit diskutiert.



Während der Schwangerschaft beeinflussen zahlreiche physiologische Veränderungen die Atmung. Die Kapillaren schwellen an, so dass die Nasenatmung erschwert ist und gegen Ende der Schwangerschaft kommt es zu einem Zwerchfellhochstand und einer Vergrößerung des Thoraxumfangs. Durch die hormonellen Veränderungen nimmt die zelluläre Immunantwort ab, so dass die Anfälligkeit gegenüber Infektionen v.a. auch der Luftwege erhöht ist. Diese verlaufen in der Schwangerschaft oft schwerer.

Die Pneumonie ist die häufigste Todesursache bei nicht-geburtshilflich assoziierten Infektionen. Am häufigsten tritt sie als

Komplikation von Infektionen mit Influenza und Varizella-zoster-Viren sowie Bordetella pertussis auf. Die Inzidenz ist ähnlich wie bei Nicht-Schwangeren, aber die Verläufe sind deutlich schwerer und die Mortalität ist viel höher.

Die üblichen Scores zur Risiko-Beurteilung sind bei Schwangeren nur mit Vorsicht einzusetzen, da die physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft den Score verfälschen können, so dass das Risiko eher unterschätzt wird. Schwangere sollen daher niederschwellig hospitalisiert werden.

Den besten Schutz vor den drei häufigsten Problemkeimen bietet die Impfung (vergl. Tab. 1).

Eine weitere gefürchtete Komplikation mit einer Mortalität bis zu 50 % ist die Sepsis. Die Früherkennung und eine sofortige Therapie sind überlebensnotwendig. Auch hier wird die Gefahr in der Schwangerschaft mit den üblichen Scores eher unterschätzt, so dass ein SOS Score (Sepsis in obstetrics Score) entwickelt wurde, der für die Anwendung in der

Schwangerschaft modifiziert und validiert ist (<http://perinatology.com/calculators/Sepsis%20Calculator.htm>). Gesteigerte Atemfrequenz, Blutdruckabfall und Verwirrtheit sind wichtige Alarmzeichen.

Referate von Dr. med. Franziska Krähenmann, IBCLC, und Dr. med. Alexia Anagnostopoulos, MPH.

Alkohol-haltige Erkältungspräparate in der Schwangerschaft und Stillzeit: Go – No go?

Bisher musste Alkohol ab 0,7 % (V/V) in der Fachinformation, Packungsbeilage, auf dem Behälter und der Aussenverpackung deklariert werden. Mit einer Übergangszeit von 5 Jahren gilt seit 1.1.2019 die Volldeklarationspflicht für alle Hilfsstoffe: für Alkohol (= Hilfsstoff von besonderem Interesse) ab einem Gehalt von > 100 mg pro Einzeldosis in Volumenprozent mit entsprechenden Warnhinweisen in der Arzneimittelinformation (gemäss Anhang 3 der Arzneimittel-Zulassungsverordnung).

Auch wenn ein klarer Dosis-Wirkungseffekt beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft erkennbar ist, gibt es keinen Grenzwert, unter welchem mit Sicherheit keine schädigende Wirkung eintreten würde. Die SAPP, das BAG und die WHO empfehlen daher, in der Schwangerschaft und Stillzeit ganz auf Alkohol zu verzichten. In der Praxis steht man folglich bei vielen nicht gut wasserlöslichen Wirk-

Tabelle 1. Therapie der Pneumonie und Präventionsmassnahmen bei den häufigsten Erregern.

| Erreger | Therapie und Präventionsmassnahmen |
|---------------------|--|
| Influenza | Antivirale Therapie mit Oseltamivir nach Influenza-Schnelltest, bei schweren Verläufen u. U. auch später als nach 48 Stunden Supportive Therapie: Paracetamol, bei Bedarf Sauerstoff Symptome länger als fünf Tage → Pneumonie-Abklärung Prävention: Impfung (in jedem Trimenon; tetravalenten Impfstoff verwenden; im Sommer allenfalls mit dem Impfstoff der Südhälfte impfen für partiellen Schutz) |
| Varizella | Antivirale Therapie mit Aciclovir (3 Mal täglich 10 mg/kg KG i. v. über 7 Tage) Supportive Therapie mit Paracetamol, Schüttelmixtur oder Zinkpaste, bei Bedarf Sauerstoff Bei Symptomen länger als 3–5 Tage oder respiratorischen Symptomen nach Pneumonie suchen Prävention: Impfung mit 11–15 Jahren oder spätestens 1–3 Monate vor einer geplanten Schwangerschaft |
| Bakterielle Erreger | Empirische antibiotische Therapie: Ambulant: Azithromycin 2 Mal täglich 250 mg p. o. oder Co-Amoxicillin 2 Mal täglich 1 g p. o. über 3–5 Tage Stationär: Ceftriaxon 1 Mal täglich 2 g i. v. + Clarithromycin 2 Mal täglich 500 mg p. o. über 7–10 Tage Aspirationspneumonie: Co-Amoxicillin 2 Mal täglich 1 g p. o. über 7–10 Tage Supportive Therapie: Hydrierung, Paracetamol, Inhalation, Sauerstoff |

Liste für gebräuchliche Medikamente

Eine Liste für gebräuchliche Medikamente in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie Therapieempfehlungen für Erkältungskrankheiten und entsprechende Wirkstoffmonographien sind unter www.sappinfo.ch zu finden.

stoffen und v.a. vielen Phytotherapeutika vor einem Dilemma. Meistens ist die tatsächliche Alkoholeinnahme jedoch gering und daher kurzzeitig vertretbar (siehe Kasten Vergleich mit reifen Bananen) und bei vielen Präparaten bestehen Alternativen ohne Alkohol bzw. mit weniger als 1 g Alkohol pro Tag (vergl. Tab. 2).

Eine reife Banane (ca. 120 g) enthält bis zu 0,6 % V/V = 0,47 % m/m = 0,56 g Alkohol.

Zum Vergleich: Ein Glas Wein (1 dl, 12 % V/V) enthält knapp 10 g Alkohol.

Referat von Larissa Schenkel, Apothekerin.

Asthma bronchiale

Aus Angst vor Nebenwirkungen setzen 25–35 % der Schwangeren ihre Medikamente eigenmächtig ab. Ein schlecht eingestelltes Asthma geht jedoch mit einem erhöhten Risiko für Präeklampsie, Frühgeburten, intrauterine Wachstumsverzögerung, kongenitalen Fehlbildungen, perinatalen Todesfällen (Kind und Mutter) und Asthma-Exazerbationen einher. Alle internationalen Guidelines empfehlen, Asthmatikerinnen auch in der Schwangerschaft und Stillzeit nach dem aktuellen Stufenschema zu behandeln.

Dabei bilden die inhalativen Kortikosteroide auch während der Schwangerschaft die Basistherapie. Eine gute Compliance – und damit eine gute Asthmakontrolle – ist wichtig für eine sorgenfreie Schwangerschaft, eine sichere Geburt und ein gesundes Baby.

Fünf einfache Fragen (siehe Kasten, www.asthmacontroltest.com) geben mit Hilfe eines Ampelsystems Aufschluss über den Grad der Asthmakontrolle. Je nachdem wird die Therapie eine Stufe nach oben oder unten angepasst.

Referat von PD Dr. med. Daniel Franzen.

Obere Luftwege beim Säugling und Kleinkind

Husten und Schnupfen bei Säuglingen sind häufig: 4–5 meist virale Infektionen pro Jahr mit einer Dauer von 1–3 Wochen gelten als normal und verlaufen in der Regel selbstlimitierend. Problemkeime sind in erster Linie RSV (Respiratorisches Synzytial Virus) und Pertussis.

Das RSV tritt v.a. in den Wintermonaten auf und betrifft meist Kinder unter einem Jahr. Die Infektion mit RSV führt häufig zur Hospitalisation und verursacht hohe Kosten. Es ist aber nur eine passive

Impfung möglich (Palivizumab, Synagis®), welche zwar die Hospitalisationsrate senken kann, jedoch keinen Einfluss auf die Mortalität hat. Die Impfung soll daher hoch selektierten Patienten vorbehalten bleiben (Richtlinien international unterschiedlich).

Auch Pertussis hat im ersten Lebensjahr und besonders in den ersten drei Lebensmonaten eine erhöhte Mortalität und Morbidität; 60 % der kleinen Patienten müssen hospitalisiert werden. In ¾ der Fälle wird der Keim durch Familienangehörige übertragen. Daher gilt die Impfung als primäre Präventionsstrategie (direkter und indirekter Schutz).







Die höchste Antikörperkonzentration wird bei einer Impfung der Mutter in den Schwangerschaftswochen 27–31 erzielt. Als Therapie der ersten Wahl gilt Azithromycin 10 mg/kg KG für fünf Tage.

Beachte

Fieber bei Neugeborenen ist extrem selten. Neugeborene können schwere Infekte/Sepsis haben ohne Fieber.

Je länger je mehr wird deutlich, dass das pulmonale Mikrobiom einen grossen Einfluss auf die Qualität, die Quantität

Tabelle 2. Alkoholgehalt von gängigen Husten- und Erkältungspräparaten.

| Präparat | Alkoholgehalt | Max. TD für Erwachsene | Ungefähre max. Alkoholeinnahme pro Tag | Mögliche Alternative |
|--|----------------------------|----------------------------------|--|--|
| Guaifenesin (Neocitran® Hustenlöser Tropfen) | 53 % V/V 45 % m/m | 3–4 x 30 Tropfen | 1,25–1,70 g  | Präparate mit Acetylcystein. |
| Guaifenesin, Codein (Resyl Plus®) | 53 % V/V 45 % m/m | 3–4 x 30 Tropfen | 1,25–1,70 g  | Codein: Makatussin® Hustentropfen, alkoholfrei CAVE: Codein nicht unter der Geburt, in der Stillzeit höchstens Einzeldosen; Langzeitanwendung kontraindiziert. |
| Lidocain, Chlorhexidin (Neo-Angin® Spray) | 23,5 % V/V 19 % m/m | 10 Sprühstösse | 0,18 g  | Collunosol N® mit Alkoholgehalt 5 % V/V (bis 10 Sprühstösse pro Tag = 1,4 ml/Tag). |
| Pflanzliche Expektorantien (Weleda Doron® Hustentropfen) | 59 % V/V 51 % m/m | 3–5 x 30 Tropfen | 1,4–2,4 g  | Weleda® Hustensirup, enthält < 0,7 % V/V Alkohol. |
| Purpur-Sonnenhut (Echinaforce® Tropfen) | 62–70 % V/V 54–62 % m/m | Therapie: 3–5 x 25 Tropfen | 1,5–2,5 g  | Echinaforce® Tabletten (gemäss www.embryotox.de in der Schwangerschaft/Stillzeit kurzzeitig bei strenger Indikationsstellung). |
| Eisenhut, Zaunrübe, Eucalyptus u. a. (Infludo® Tropfen) | 67 % V/V 59 % m/m | Akut: alle 1–2 h 8–15 Tropfen | 3 g  | Infludoron® Globuli. |

und die Intensität der respiratorischen Infektionskrankheiten bei Säuglingen hat. Die Besiedlung über die Milch geschieht in den ersten Lebensstunden. Bei

einer Spontangeburt wird ein anderes Keimspektrum gefunden als nach einem Kaiserschnitt. Prinzipiell könnte es sinnvoll sein, das Neugeborene so schnell wie

möglich mit der Vaginalflora in Kontakt zu bringen. Ob sich dies auf Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale positiv auswirken könnte, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen. Allerdings ist es sehr schwierig, kausale Zusammenhänge aufzuzeigen.

Tabelle 3. Asthma-Kontrolle.

| Kontrollfragen | | | |
|--|---|----|------|
| 1. | Haben Sie in den letzten vier Wochen mehr als zwei Mal pro Woche tagsüber Asthma-Symptome verspürt? | ja | nein |
| 2. | Sind Sie in den letzten vier Wochen nachts wegen Asthma aufgewacht? | ja | nein |
| 3. | Haben Sie in den letzten vier Wochen mehr als zwei Mal pro Woche Ihr Bedarfsmedikament (Reliever) benötigt? | ja | nein |
| 4. | Wurden Sie in den letzten vier Wochen aufgrund der Asthmasymptome an Ihrem Alltagsleben gehindert? | ja | nein |
| Auswertung: Anzahl mit Ja beantworteter Fragen | | | |
| 0 | gut kontrolliert | | |
| 1–2 | teilweise kontrolliert | | |
| 3–4 | nicht kontrolliert | | |

(gemäss GINA 2018, www.ginasthma.org)

Tabelle 4. Komplementäre Therapiemöglichkeiten für Atemwegserkrankungen im Kindesalter nach differentialdiagnostischer Abklärung in Ergänzung zu konventionellen Massnahmen.

| Verabreichung | Arzneimittel/Behandlung | Dosierung/Bemerkungen |
|--|--|---|
| Schnupfen | | |
| Oral | Sambucus comp. Globuli (Wala) | 5 Mal täglich 3–5 Globuli |
| | Allium cepa D6 Globuli (diverse Hersteller) | 5 Mal täglich 3–5 Globuli |
| | Silicea comp. Globuli (Wala) | 5 Mal täglich 3–5 Globuli |
| Rektal | Silicea comp. Suppositorien à 1 g (Wala) | 1–2 Mal täglich 1 Supp. (bis 7 Jahre) |
| Nasenspray | Gencydo 1% Nasenspray (Weleda) | 3–6 Mal 1 Sprühstoss pro Nasenloch (horizontal) bei Schnupfen mit evtl. allergischer Komponente |
| Äussere Anwendungen | Malva comp. Oleum (Wala) | Fuss-/Beineinreibungen 1–2 Mal täglich |
| Halsschmerzen (Tonsillopharyngitis) | | |
| Oral | Apis/Belladonna/Mercurius Globuli (Wala) | 5 Mal täglich 5 Globuli |
| | Echinacea Mundspray (Wala) | 2–4 Mal täglich 1 Sprühstoss in den Rachenraum (ab 4 Jahren) |
| | Warme Getränke (z. B. Salbeitee u. a.) | |
| Rektal | Echinacea/Mercurius comp. Suppositorien (Wala) | 1–2 Mal täglich 1 Suppositorium |
| Äussere Anwendungen | Archangelika comp. Salbe (Weleda) Kühle/warme Halswickel mit Zitrone Halswickel mit Magerquark | Salbenaufgabe/-einreibung 1–2 Mal täglich bei cervicaler Lymphknotenschwellung |
| Husten (Bronchitis) | | |
| Oral | Petasites comp. Globuli (Wala) Warme Getränke (z. B. Lindenblütentee u. a.) Honig (ab 1 Jahr) | 5 Mal täglich 5 Globuli |
| Äussere Anwendungen | Brust- und Rückeneinreibungen bei Kindern mit Husten/Bronchitis: Lavendelöl 10% (z. B. Wala) Thymianöl 10% (z. B. Wala) Plantago 10% Salbe (Weleda) Plantago comp. (Weleda) Plantago Bronchialbalsam (Wala) | 1–2 Mal täglich Bei trockenem Reizhusten Bei produktivem Husten Bei Kindern < 6 Monaten Bei Kindern > 6 Monaten Bei Kindern > 2 Jahren |

(Quelle: Freiburger Spital, Zentrum für integrative Pädiatrie, 2019)

Referat von Dr. med. Roland Gerull.

Komplementärmedizinische Ansätze bei Säuglingen und Kleinkindern

Für komplementärmedizinische Ansätze fehlt oftmals die Evidenz, da es nur wenige Studien gibt. Nichts desto trotz finden sie in der Bevölkerung grossen Anklang. Mangels guter Daten muss in der Schwangerschaft und Stillzeit ein pragmatisches Vorgehen gewählt werden. Die Selbstbehandlung von Kindern sollte je nach Alter und Symptomatik nicht länger als 3–5 Tage ohne ärztliche Kontrolle durchgeführt werden.

Dr. Huber zeigt anhand von Beispielen eindrücklich auf, wie die Komplementärmedizin in einem integrativen Ansatz die Schulmedizin unterstützen kann (vgl. Tab. 4). Um den Erfahrungsaustausch in diesem Bereich zu fördern, hat der Pädiater die Schweizerische Interessengruppe für Integrative Pädiatrie (SIGIP; www.sigip.org) gegründet.

Referat von Dr. med. Benedikt Huber, Pädiater.

Korrespondenzadressen

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

Geschäftsstelle SAPP
Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach, Präsidentin
Universitätsspital Zürich
Postfach 125
8091 Zürich
www.sappinfo.ch
ursula.vonmandach@usz.ch

Nächste SAPP-Veranstaltung

Jahrestagung, 14. November 2019, zum Thema «Puerperium – Wochenbett» am Universitätsspital Zürich