

Schwangerschaft und Magen-Darm-Trakt

Da der Gastrointestinaltrakt in der Schwangerschaft markante Veränderungen erfährt, kommt es oft zu abdominalen Beschwerden. Die häufigsten Symptome wie Sodbrennen, Übelkeit, Bauchkrämpfe und Änderung der Stuhlgewohnheiten sind meistens durch physiologische Motilitätsveränderungen oder auch mechanische Probleme des grösser werdenden Uterus bedingt. Die meisten dieser Symptome sind oft vorübergehend und bedürfen keiner speziellen Therapie. Allerdings kann es im Einzelfall schwierig sein, diese harmlosen Symptome von ernsthaften Magen-Darm-Problemen abzugrenzen.

Merksätze

- ❖ Der gastroösophageale Reflux nimmt im Laufe der Schwangerschaft an Häufigkeit und Schweregrad zu und kann sicher mit Protonenpumpenblockern behandelt werden.
- ❖ Eine gut kontrollierte, chronisch entzündliche Darmerkrankung (IBD) verschlechtert die Schwangerschaftsprognose in der Regel nicht. Schübe sind in der Schwangerschaft nicht häufiger. Möglicherweise wird die jährliche Schubrate durch eine Schwangerschaft reduziert.
- ❖ Nur Methotrexat ist in der Schwangerschaft klar kontraindiziert. Infliximab und Adalimumab werden wie alle IgG aktiv transplazentär transportiert und sollen deshalb sicherheitshalber im dritten Trimester abgesetzt und falls nötig durch Steroide ersetzt werden.
- ❖ Nach totaler Kolektomie mit ileoanaler Pouchanastomose nimmt die Infertilitätsrate bei Frauen im Gegensatz zur ileorektalen Anastomose deutlich zu, was bei der präoperativen Beratung berücksichtigt werden muss.
- ❖ Stuhlinkontinenz nach vaginalen Geburten ist häufig, wird oft erst im späteren Leben manifest und von den Frauen häufig tabuisiert sowie von den Ärzten unterdiagnostiziert.
- ❖ Eine Sectio verhindert eine Stuhlinkontinenz nur ungenügend und ist deshalb allein zur Vermeidung einer Stuhlinkontinenz – ausser möglicherweise bei Patientinnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (IBD) – nicht indiziert.

JAKOB BRUNNER

Die häufigsten gastrointestinalen Probleme in der Schwangerschaft sind das Schwangerschaftserbrechen, die gastroösophageale Refluxkrankheit, die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa), die Appendizitis und schwangerschaftsspezifische, prognostisch oft schwerwiegende, glücklicherweise aber seltene hepatologische Erkrankungen wie Schwangerschaftscholostase, Leberrupturen und akute Fettleber. Die Leber ist in der Regel auch bei der Eklampsie und beim HELLP-Syndrom involviert (Tabelle 1).

Schwangerschaftserbrechen

Eine schwere Hyperemesis gravidarum kann die mütterliche und kindliche Prognose beeinträchtigen und sollte aggressiv behandelt werden. Neben diätetischen Massnahmen (Vermeiden eines leeren Magens, Trennung von fester und flüssiger Kost, kohlenhydratreiche Kost) sind Antiemetika und Prokinetika Medikamente erster Wahl. Phenothiazine (Chlorpromazine), Metoclopramid, Vitamin B₆ und Ondansetron haben einen bewiesenen Nutzen und gelten aufgrund von Studien und breiter klinischer Erfahrung in der Schwangerschaft als sicher.

Gastroösophageale Refluxkrankheit

Gastroösophagealer Reflux ist in der Schwangerschaft etwas Häufiges: 50 bis 80 Prozent der Schwangeren entwickeln gegen Ende der Schwangerschaft Refluxsymptome. Alle Schweregrade der Refluxkrankheit werden mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft häufiger. Im dritten Trimester klagen 41 Prozent der Frauen über häufigen und 5 Prozent über schweren Reflux, was einer Zunahme um etwa das Sechsfache gegenüber der Zeit vor der Schwangerschaft entspricht (1). Das Auftreten von Refluxsymptomen in der Schwangerschaft scheint zudem ein Risikofaktor für das spätere Auftreten einer gastroösophagealen Refluxkrankheit zu sein.

Der verstärkte gastroösophageale Reflux ist einerseits verursacht durch hormonell bedingte Veränderungen der Ösophagusmotilität, des unteren Sphinterdrucks sowie eine verzögerte Magenentleerung. Andererseits führt die Grössenzunahme des Uterus zu einem erhöhten intraabdominalen Druck und einer Kompression des Magens.

Für die Behandlung gelten die gleichen Prinzipien wie ausserhalb der Schwangerschaft. Lebensstilmodifikationen wie das

Tabelle 1:

Schwangerschaft und Magen-Darm-Trakt**Gastrointestinale Probleme in der Schwangerschaft**

- ❖ Schwangerschaftserbrechen
- ❖ gastroösophageale Refluxkrankheit
- ❖ chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- ❖ akute Appendizitis
- ❖ Stuhlinkontinenz

Hepatologische Probleme in der Schwangerschaft

- ❖ Schwangerschaftscholostase
- ❖ Schwangerschaftsfettleber
- ❖ HELLP-Syndrom
- ❖ Eklampsie

Tabelle 2:

FDA-Kategorien zur Risikobeurteilung von fetalen Schäden durch Medikamente (4)

FDA-Kategorie	Anwendungsempfehlungen
A/B	gelten als sicher
C	erlaubt, falls potenzieller Nutzen grösser als Risiko erscheint
D	Nutzen kann bei schwerer Erkrankung grösser sein als Risiko
X	in jedem Fall kontraindiziert

Meiden auslösender Speisen sowie der Verzicht auf Spätahlzeiten und das Hinlegen nach dem Essen werden oft empfohlen, obwohl es dazu in der Literatur keine gute Evidenz gibt. H₂-Blocker und Protonenpumpenblocker gelten als sicher (Omeprazol: Kategorie C, Ranitidin und alle anderen PPI: Kategorie B, siehe *Tabelle 2*). Eine kürzlich publizierte Metaanalyse ergab keine Anhaltspunkte für eine erhöhte Missbildungsrate unter Omeprazol oder anderen Protonenpumpenblockern (2). Die FDA-Kategorie C für Omeprazol beruht auf einer frühen tierexperimentellen Studie mit unphysiologischen Megadosen, die zu Missbildungen geführt hatten.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (IBD)

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Inflammatory Bowel Disease [IBD]) Colitis ulcerosa und Morbus Crohn treten typischerweise bei jungen Menschen auf und haben ihren Häufigkeitsspitzen im reproduktiven Alter zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr (3). Eine Schwangerschaft bei IBD ist also etwas relativ Häufiges, weshalb Grundversorger wie Gastroenterologen immer wieder mit Fragen zu Schwangerschaft und IBD konfrontiert werden.

IBD und Fertilität: Der Einfluss der IBD auf die Fertilität ist umstritten. IBD-Patientinnen haben eine geringere Geburtenrate, die aber vor allem auf indirekte Faktoren zurückzuführen ist, wie verminderte Libido, Dyspareunie oder Verhütung

aus Angst vor einer Vererbung der Krankheit oder wegen anhaltender Krankheitsaktivität. Bei guter Kontrolle der Krankheitsaktivität scheint die weibliche Fertilität nicht eingeschränkt zu sein.

Hingegen haben Frauen nach totaler Kolektomie mit ileoanaler Pouchanastomose eine eindeutig höhere Infertilitätsrate als vor der Operation oder auch als nach einer subtotalen Kolektomie mit ileorektaler Anastomose. Eine kürzlich erschienene Metaanalyse ergab nach der totalen Kolektomie eine Infertilitätsrate von 26 Prozent gegenüber 12 Prozent ohne Operation (*Abbildung, [4]*). Der Grund dafür sind postoperative anatomische Veränderungen vor allem im Bereich der Tuben. Diese Tatsache muss bei der Beratung von IBD-Patientinnen mit Kinderwunsch berücksichtigt werden.

Männer unter Salazopyrin können eine verminderte Fertilität aufweisen, die vorübergehend ist und sich nach Absetzen des Salazopyrins wieder erholt. Allerdings wird dieses Medikament bei IBD in Europa nur noch selten eingesetzt.

IBD und Schwangerschaftsverlauf: Eine Schwangerschaft scheint keinen negativen Einfluss auf den Verlauf der IBD zu haben. Sowohl bei der Colitis ulcerosa als auch bei M. Crohn führt die Schwangerschaft nicht zu gehäuften Schüben. Möglicherweise beeinflusst eine Schwangerschaft den natürlichen Verlauf von IBD sogar günstig. In einer europäischen Kohortenstudie mit 580 Schwangerschaften und 10 Jahre Verlaufsbeobachtung sank die Schubrate nach einer Schwangerschaft bei M. Crohn von 0,74 pro Jahr auf 0,12 pro Jahr und bei Colitis ulcerosa von 0,34 pro Jahr auf 0,18 pro Jahr (5).

Frühgeburten, tieferes durchschnittliches Geburtsgewicht und eine Sectio sind bei IBD-Patientinnen häufiger als bei gesunden Schwangeren (6). Die Krankheit beeinflusst den Schwangerschaftsverlauf ansonsten aber nicht negativ. Die Missbildungsrate ist nicht erhöht. Das gilt auch für Kinder, die von Männern mit IBD unter Therapie gezeugt wurden.

Medikamente bei Schwangeren mit IBD: Begreiflicherweise führt die Anwendung von Medikamenten in der Schwangerschaft oft zu Diskussionen, weil sie insbesondere mit Ängsten vor Missbildungen verbunden ist. Medikamente sollen in der Schwangerschaft grundsätzlich restriktiv und nur in Kenntnis von Nutzen und Risiko eingesetzt werden. Glücklicherweise gelten die meisten bei IBD verwendeten Medikamente auch in der Schwangerschaft als sicher und können wie üblich eingesetzt werden. IBD-Patientinnen sollen deshalb auch während einer Schwangerschaft konsequent behandelt werden.

Aminosalicylate wie Mesalamin (Asacol®, Pentasa®, Salofalk®) oder das ältere und bei uns nicht mehr häufig angewendete Sulfasalazin (Salazopyrin®) zeigten in Studien keine erhöhte Teratogenität und gelten als sicher (FDA-Kategorie B). Steroide führen möglicherweise etwas häufiger zu Lippen-Gaumen-Spalten. Das Risiko für Missbildungen ist, wenn überhaupt, insgesamt aber sehr klein (7). Falls indiziert, dürfen und sollen sie gegeben werden (Prednison: FDA-Kategorie C, Budesonid: Kategorie B).

Azathioprin (Imurek®) und 6-Mercaptopurin (Puri-Nethol®) sind Medikamente der Kategorie D. Studien beim Menschen zeigen aber keine Anhaltspunkte für ein erhöhtes Missbildungsrisiko. Azathioprin gilt deshalb als sicher und sollte während einer Schwangerschaft nicht abgesetzt werden. Das gilt auch für Männer, die Azathioprin bei Kinderwunsch nicht absetzen sollten.

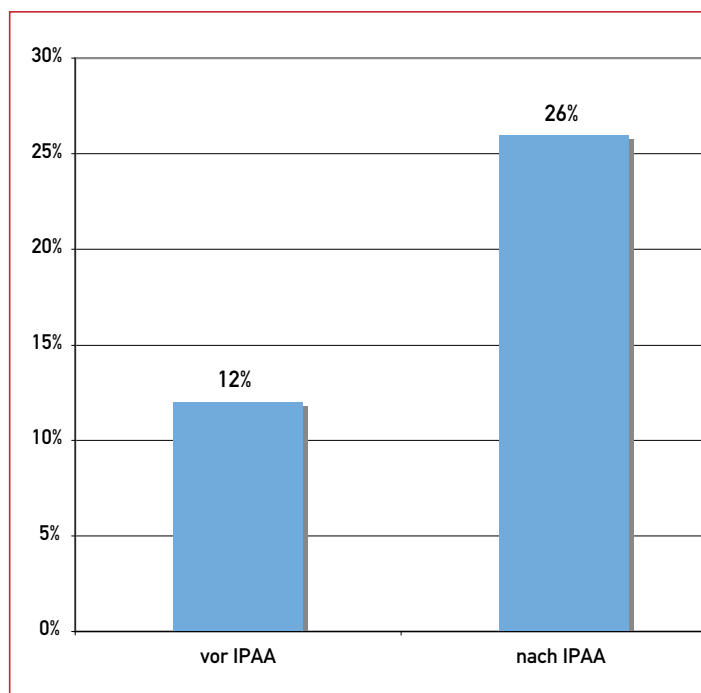


Abbildung: Infertilität nach IPAA (ileoanale Pouchanastomose) (4)

Methotrexat ist das einzige bei IBD eingesetzte Medikament, das sicher teratogen und in der Schwangerschaft immer kontraindiziert ist (Kategorie X).

Cyclosporin (Sandimmun®) und Tacrolimus (Prograf®), die bei der schweren therapierefraktären Colitis zum Einsatz kommen, scheinen aufgrund der bisherigen Daten kein relevant erhöhtes Missbildungs- oder Schwangerschaftskomplikationsrisiko zu haben (Kategorie C).

Biologika bei Schwangeren mit IBD

Die neuesten Medikamente in der Behandlung von IBD sind die anti-TNF- α -Antikörper (Biologika), die vor allem bei M. Crohn angewendet werden. In der Schweiz sind drei anti-TNF- α -Antikörper zugelassen: Infliximab (Remicade®), Adalimumab (Humira®) und Certolizumab (Cimzia®).

Die bisherigen Studien beim Menschen haben keine Hinweise für eine teratogene Wirkung oder vermehrte SS-Komplikationen gezeigt (Kategorie B). Infliximab wird wie alle IgG im letzten Trimester aktiv transplazentär transportiert, mit über Monate messbaren Serumspiegeln beim Fötus. Bei Säuglingen bestehen bisher aber kaum Hinweise für negative Auswirkungen, wie eine erhöhte Infektrate oder eine verminderte Impfantwort. Es wird dennoch allgemein empfohlen, Infliximab vor dem letzten Trimester abzusetzen und falls notwendig mit Prednison zu ersetzen sowie beim Säugling keine Lebendimpfstoffe anzuwenden (Fallbericht einer tödlichen BCG-Sepsis). Für Adalimumab, auch ein IgG, ist das gleiche Phänomen zu erwarten. Wegen der fehlenden kommerziellen Möglichkeit der Spiegelbestimmung gibt es zu Adalimumab aber keine Daten. Die Empfehlungen sind die gleichen wie für Infliximab. Certolizumab ist lediglich ein pegyliertes Fab-Fragment des Ig-Antikörpers und erscheint in viel kleineren Konzentrationen in der Plazenta.

Es gibt keine Anhaltspunkte, dass Infliximab oder Certolizumab aktiv in die Muttermilch sezerniert werden (8).

Postpartale Stuhlinkontinenz

Die Stuhlinkontinenz ist bei Frauen ein häufiges, aber unterdiagnostiziertes Problem, unter anderem deshalb, weil es die betroffenen Frauen aus Scham nicht thematisieren. Eine vaginale Geburt ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Stuhlinkontinenz. Der Geburtsvorgang ist potenziell traumatisierend für das kleine Becken und kann zu Läsionen des N. pudendus, der kaudalen Anteile des Levator ani, des Fasziennapparats im kleinen Becken und des analen Sphinkterapparats führen. Für die Entstehung einer Stuhlinkontinenz ist vor allem eine Läsion des externen Analsphinkters und des N. pudendus bedeutsam.

Prävalenz der postpartalen Stuhlinkontinenz: Eine Stuhlinkontinenz nach einer Geburt ist etwas Häufiges und kommt bei bis zu 50 Prozent der Gebärenden vor, wobei die Symptome von einem imperativen Stuhl drang, unkontrolliertem Flatus und Stuhlschmier bis zur groben Inkontinenz führen können. Glücklicherweise ist das für die meisten Frauen nur ein vorübergehendes Phänomen, die Symptomatik geht in etwa zwei Drittel der Fälle wieder zurück. Immerhin entwickeln aber 3 Prozent der Frauen postpartal eine Inkontinenz für soliden Stuhl (9). Die Inkontinenzsymptome treten häufig erst mit einer Latenz von vielen Jahren auf. Dies deutet darauf hin, dass noch andere Faktoren eine Rolle spielen müssen, die noch unbekannt sind.

Prävalenz des Analsphinkterdefekts: Bei bis zu 90 Prozent der Frauen mit einer groben Stuhlinkontinenz kann ein analer Sphinkterdefekt nachgewiesen werden (9). Bei Inkontinenz und intaktem Sphinkterapparat wird überdurchschnittlich häufig eine N.-pudendus-Neuropathie gefunden (10).

Die Häufigkeitsangaben in der Literatur über postpartale Sphinkterdefekte variieren sehr. Klinisch werden dritt- und viertgradige Dammrisse, also Dammverletzungen mit Beteiligung des Analsphinkters, nach 0,6 bis 9 Prozent der Geburten nachgewiesen. Bei Untersuchungen mit dem endoanal zweidimensionalen Ultraschall werden bei zirka einem Drittel der Frauen Sphinkterläsionen gefunden. Mittels dreidimensionaler Sonografie beträgt die Läsionsrate 11 Prozent, was einer realistischen Häufigkeitsschätzung entsprechen dürfte (9).

Sphinkterverletzungen werden leider oft übersehen. Eine Studie an einem geburtshilflichen Center of Excellence in London (11) ergab, dass 40 Prozent der Sphinkterverletzungen verpasst werden! Die zuverlässige Entdeckung von Sphinkterläsionen ist stark von der Erfahrung und Ausbildung des Untersuchers abhängig. Während in einer Studie durch das normale geburtshilfliche Team 11 Prozent Sphinkterdefekte diagnostiziert wurden, stieg die Rate mit einer Nachuntersuchung durch einen Experten auf 24,5 Prozent. Nur 13 Prozent aller Defekte wurden durch die Hebamme korrekt identifiziert, 50 Prozent der angeblichen Defekte konnten jedoch nicht bestätigt werden (12). Die Studienautoren sehen hier vor allem die Schwierigkeit in der Ausbildung, indem das Problem der Stuhlinkontinenz und die Einteilung der Dammverletzungen zu wenig bekannt sind und fordern insbesondere auch, dass unbedingt schon vor einer Dammnahme eine Rektalpalpation erfolgen sollte.

Geburtshilfliche Risikofaktoren für Sphinkterverletzungen:

Die wichtigsten geburtshilflichen Risikofaktoren sind Übergewicht der Mutter, ein Kindsgewicht über 4 Kilogramm, Kopfposition, Zangengeburt, asiatische Herkunft der Mutter und Dammerletzungen bei früheren Geburten. Aus nicht klar verstandenen Gründen scheint eine epidurale Analgesie das Risiko ebenfalls zu erhöhen. Dammrisse sind häufiger bei medianer als bei mediolateraler Schnittführung. Jedoch sind Dammrisse nach Unterwassergeburt weniger häufig (9).

Sphinkterläsionen und Stuhlinkontinenz: Glücklicherweise werden nicht alle Frauen mit einer Sphinkterläsion stuhlinkontinent. In einer Untersuchung bei 54 Frauen mit einer dokumentierten drittgradigen Sphinkterverletzung klagte nach einem Verlauf von mehr als 10 Jahren gut die Hälfte der Frauen über eine Stuhlinkontinenz (28 von 54). Die primäre operative Versorgung des Dammrisses beziehungsweise des Sphinkterdefekts verhindert die Inkontinenz nur ungenügend. Fast die Hälfte der Frauen mit Inkontinenz hat trotz Primärnaht einen persistierenden Sphinkterdefekt (13). In der gleichen Studie betrug die Häufigkeit der Inkontinenz nach unkomplizierter vaginaler Geburt 19 Prozent, nach Sectio 11 Prozent. In einem kürzlich erschienenen grossen Cochrane-Review (21 Studien, 31 698 Frauen) zeigte die Sectio aber keinen zuverlässigen Nutzen, und sie ist allein zur Verhinderung einer postpartalen Stuhlinkontinenz nicht gerechtfertigt (14). ❖

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jakob Brunner
 Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
 Kantonsspital Glarus, 8750 Glarus
 Tel.: 055-646 32 07, E-Mail: jakob.brunner@ksgl.ch

Interessenkonflikte: keine deklariert

Literatur:

1. Rey E et al.: Gastroesophageal Reflux Symptoms During and After Pregnancy: A Longitudinal Study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 2395-2400.
2. Gill SK et al.: The Safety of Proton Pump Inhibitors (PPIs) in Pregnancy: A Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 1531-1545.
3. Loftus CG et al.: Update on the Incidence and Prevalence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-2000. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 254-261.
4. Cornish JA et al.: The effect of restorative proctocolectomy on sexual function, urinary function, fertility, pregnancy and delivery: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1128-1138.
5. Riis L et al.: Does pregnancy change the disease course? A study in a European cohort of patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1539-1545.
6. Molnar T et al.: Pregnancy outcome in patients with inflammatory bowel disease according to the activity of the disease and the medical treatment: A case-control study. *Scand J Gastroenterol* 2010; 45: 1302-1306.
7. Gur Ch et al.: Pregnancy outcome after first trimester exposure to corticosteroids: a prospective controlled study. *Reproductive Toxicol* 2004; 18: 93-104.
8. Dubinsky M et al.: Management of the pregnant IBD patient. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14: 1736-1750.
9. Dudding TC et al.: Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg* 2008; 247: 224-237.
10. Oberwalder et al.: The association between late-onset fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. *Arch Surg* 2004; 139: 429-432.
11. Groom KM, Paterson-Brown S: Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 101: 19-21.
12. Andrews V et al.: Occult anal sphincter injuries - myth or reality? *Bjog* 2006; 113: 195-200.
13. Samarasekera DN et al.: Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury. *Colorectal Dis* 2008; 10: 793-799.
14. Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C: Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 2. Art. No.: CD006756. DOI: 10.1002/14651858.CD006756.pub2

Ärztlicher Fähigkeitsausweis Phytotherapie von FMH anerkannt

Der ärztliche Fähigkeitsausweis «Phytotherapie» der Schweizerischen Medizinischen Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP) ist seit 1. Juli 2011 von der FMH anerkannt. Ab dem 1. Januar 2012 können Ärzte und Ärztinnen phytotherapeutische Behandlungen zulasten der Grundversicherung durchführen.

Voraussetzung ist der Fähigkeitsausweis «Phytotherapie SMGP». Dieser beinhaltet einen 3-jährigen Weiterbildungs-

zyklus der SMGP, der mit einer Abschlussarbeit und einer Prüfung abgeschlossen wird. Die Phytotherapie wurde kürzlich, zusammen mit 4 weiteren komplementärmedizinischen Therapierichtungen, erneut in die Grundversicherung aufgenommen, diesmal provisorisch bis 2017.

Weitere Informationen: www.smgp.ch