

Strategien gegen Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft

Die meisten Schwangeren leiden in den ersten drei Monaten unter Übelkeit und Erbrechen, bei rund einem Drittel von ihnen sind die Beschwerden therapiebedürftig. Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte für die Behandlung beim Hausarzt dargelegt.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Entgegen der weit verbreiteten Ansicht, dass Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft vor allem am Morgen auftreten, leiden viele Frauen auch tagsüber darunter. Das Beschwerdespektrum reicht von vereinzelt Übelkeitsattacken bis zu persistierendem Erbrechen. Typischerweise setzen die Beschwerden im zweiten Monat der Schwangerschaft ein und verschwinden nach dem dritten Monat wieder. Nach der 20. Schwangerschaftswoche leiden nur noch wenige Frauen unter Übelkeit und Erbrechen.

Ursachen von Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft

Was genau für die typischen Beschwerden zu Beginn der Schwangerschaft verantwortlich ist, weiss man bis anhin nicht. Man nimmt an, dass es sich um das Zusammenspiel verschiedener genetischer, physiologischer und psychosozialer Faktoren handelt. Manche glauben, dass ein evolutionärer

Mechanismus dahinterstecken könnte, der die Schwangeren davor bewahren soll, giftige Substanzen zu sich zu nehmen. Wie auch immer – es mag für Schwangere ein Trost sein, dass das Fehlgeburtsrisiko bei Übelkeit und Erbrechen in der Regel eher niedriger ist.

Als ein Auslöser der Übelkeit gilt der hohe Spiegel des Schwangerschaftshormons hCG (humanes Choriongonadotropin). Auch die Schilddrüsenfunktion kann sich während der Schwangerschaft verändern. So ist bei 60 Prozent der Schwangeren mit Hyperemesis gravidarum (s. unten) eine transiente Schilddrüsenüberfunktion zu beobachten. Sowohl der hCG-Spiegel als auch das Ausmass der Schilddrüsenüberfunktion korrelieren mit dem Schweregrad des Erbrechens. Auch andere Hormone sind mit dem Auftreten einer Hyperemesis gravidarum assoziiert, nämlich Progesteron, Adrenocorticotropin (ACTH) und Leptin.

Auch gewisse physiologische Veränderungen im Gastrointestinalsystem können Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft fördern. So bewirkt Progesteron eine generelle Tonusverminderung der glatten Muskulatur, die letztlich zu einem verminderten ösophagealen Druck und verlängerter Magenpassage führen kann. Des Weiteren steht *Helicobacter pylori* unter Verdacht, da mehrere Studien eine Assoziation mit Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft nahelegen.

Nicht zuletzt wurden mannigfaltige psycho-soziale Ursachen für das Schwangerschaftserbrechen postuliert, doch bleiben hier die Ursache-Wirkungs-Beziehungen fraglich. Schliesslich bedeutete das Schwangerschaftserbrechen per se erheblichen Stress für die werdende Mutter (und ihr Umfeld); es sind sogar Fälle bekannt, bei denen Schwangere wegen der Beschwerden einen Abbruch erwägten. Nur für Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimie mit Laxanzienmissbrauch gibt es Studien, die ein höheres Risiko für Schwangerschaftserbrechen dokumentieren.

Wann ins Spital?

Hyperemesis gravidarum, die schwere Form des Schwangerschaftserbrechens (im ICD10 als Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung bezeichnet), betrifft weniger als 1 Prozent der Schwangeren. Typische Merkmale sind persistierendes Erbrechen (mehr als 5-mal pro Tag), assoziiert mit einem Gewichtsverlust von mehr als 5 Prozent gegenüber dem Gewicht vor der Schwangerschaft, Dehydrierung, Störungen im Elektrolythaushalt und Ketonurie. Eine Einweisung ins Spital ist notwendig. Potenzielle andere Ursachen für das Erbrechen sind sorgfältig abzuklären (Tabelle 1), dies

Merksätze

- ❖ Flüssigkeitszufuhr ist die wichtigste First-line-Therapie bei Schwangerschaftserbrechen.
- ❖ Schwangerschaftserbrechen gefährdet das Kind in der Regel nicht.
- ❖ Hyperemesis gravidarum liegt nur bei weniger als 1 Prozent der Schwangeren vor.
- ❖ Bei Ketonurie und bei Anzeichen einer schweren Dehydrierung ist die Einweisung ins Spital erforderlich.

Tabelle 1:

Differenzialdiagnose bei Schwangerschaftserbrechen

gastroenterologisch	z.B. Infektionen, Gastritis, Cholezystitis, peptische Ulzera, Hepatitis, Appendizitis, Pankreatitis
neurologisch	z.B. Migräne, ZNS-Erkrankungen
urologisch	Harnwegsinfekt
ORL	z.B. Labyrinthitis, M. Menière, vestibuläre Dysfunktion
medikamentöse Nebenwirkungen	z.B. Opioide, Eisen
metabolisch, endokrinologisch	z.B. Hyperkalziämie, M. Addison, Urämie, Hyperthyreose
psychisch	z.B. Essstörungen
Schwangerschafts-assoziiert	z.B. Präeklampsie, Blasenmole

Tabelle 2:

Abklärungen bei Schwangerschaftserbrechen

klinische Merkmale	Beginn der Beschwerden in der Regel in der 6. bis 8. Woche Übelkeit, Erbrechen, Spucken (Speichel kann nicht geschluckt werden) Gewichtsverlust Muskelabbau Ketonurie Nach möglichen anderen Ursachen fragen (z.B. Bauchschmerzen, Beginn bereits vor Schwangerschaft etc.).
Abklärungen	Dehydratation Blutdruck liegend und stehend, Puls Fieber (Temperatur über längeren Zeitraum protokollieren) Gewicht (wöchentlich wiegen) Hypokaliämie (Muskelschwäche) Hyper- oder Hypokalziämie (Chvostek- oder Trousseau-Zeichen; Tetanie) Hyperthyreose Ultraschalluntersuchung
Labor	Urin: Ketonkörper, Harnwegsinfektion Blut: Blutbild, Harnstoff und Elektrolyte, Leberfunktion, Kalzium, Phosphat, Schilddrüsenfunktion, Blutglukose

gilt aber nicht nur für schwere Formen des Schwangerschaftserbrechens. Das diagnostische Vorgehen in der Praxis ist in *Tabelle 2* zusammengefasst. Bei einer deutlichen oder gar schweren Dehydrierung und bei Ketonkörpern im Urin muss die Schwangere ins Spital.

Flüssigkeitszufuhr, Ernährung und Supplemente

Die Patientin sollte zunächst immer beruhigt und darauf hingewiesen werden, dass Übelkeit und Erbrechen Begleiterscheinungen fast jeder Schwangerschaft sind und mit der Zeit verschwinden werden. Auch sei nochmals darauf hingewiesen, dass selbst schweres Erbrechen das Kind in der Regel nicht gefährdet.

Von zentraler Bedeutung ist die adäquate Rehydrierung, welche – falls die Schwangere nicht genügend trinken kann, ohne gleich wieder zu erbrechen – gegebenenfalls intravenös erfolgen muss. Bei Hyperemesis gravidarum ist eine intravenöse Flüssigkeitssupplementation plus Multivitamine die Regel. Neben gewissen Ernährungsregeln haben sich Ingwerextrakt (und andere pflanzliche Mittel wie beispielsweise Kamille und Pfefferminz) sowie Vitamin B₆ in der Praxis bewährt (*Tabelle 3*); auch Akupunktur oder Akupressur können hilfreich sein. In vielen Ländern, wie auch in der Schweiz, wird Pyridoxin (Vitamin B₆) als First-line-Medikament gegen Schwangerschaftserbrechen empfohlen, auch in Kombination mit einem Antiemetikum (s. unten). Die Wirkung ist individuell recht unterschiedlich.

Ingwerextrakt wurde in einigen kleinen randomisierten Studien mit und ohne Pyridoxin getestet, ohne dass insgesamt eine statistisch signifikante Verbesserung nachgewiesen werden konnte. Dies könnte aber auch an den unterschiedlichen Ingwerpräparationen in den unterschiedlichen Studien liegen. Man geht zurzeit davon aus, dass Ingwerextrakte in einem frühen Stadium von Übelkeit und Erbrechen nützlich sind, nicht aber bei Hyperemesis gravidarum.

Meist meidet die Schwangere schon von selbst spezifische Gerüche und Nahrungsmittel, die bei ihr Übelkeit hervorrufen. Kleine Portionen eher trockener, schwach gewürzter Lebensmittel werden besser vertragen. Es gibt auch Anhaltspunkte dafür, dass fett- und kohlenhydratreiche Nahrung eher Übelkeit und Erbrechen bewirkt als eine proteinreiche. In manchen Ländern empfehlen Spitalärzte, vorübergehend nur parenteral zu ernähren, damit sich der Magen-Darm-Trakt «erholen» könne. Diese Hypothese wurde bis anhin aber nicht überprüft.

Antiemetika

Falls die bereits genannten Massnahmen nicht ausreichen, kommen verschiedene Antiemetika infrage wie Anticholinergika, Antihistamine (H₁-Rezeptor-Antagonisten), Dopaminagonisten, 5-HT₃-Antagonisten oder Kombinationen der genannten Substanzen. PPI wie Omeprazol oder H₂-Blocker wie Ranitidin können für Schwangere mit Dyspepsie hilfreich sein. Eine 2007 publizierte Metaanalyse mit 28 randomisierten, kontrollierten Studien belegt die Wirksamkeit der Antiemetika in der Schwangerschaft. Bereits vor 12 Jahren ergab eine Metaanalyse mit 24 Studien und insgesamt rund 200 000 Frauen, dass Doxylamin-Pyridoxin-Kombinationen, Antihistamine und Phenothiazine bei Schwangerschaftserbrechen wirksam und sicher sind.

Für Patientinnen mit persistierender Hyperemesis gravidarum hat sich der 5HT₃-Rezeptor-Antagonist Ondansetron als nützlich erwiesen, mit relativ wenig Nebenwirkungen und keinen Anhaltspunkten für eine Teratogenität.

Es gibt keine Beweise dafür, dass ein bestimmtes Antiemetikum bei Schwangerschaftserbrechen besser wirkt als ein

Tabelle 3:

Medikamente bei Schwangerschaftserbrechen

Ingwerextrakt (Zintona®)	200–500 mg/3 × tgl.	oral
Pyridoxin (Vitamin B ₆ bzw. Itinerol-B ₆ ®)	10–25 mg/3–4 × tgl.	oral, rektal
Metoclopramid (Paspertin®, Primparan®)	10 mg/3 × tgl.	oral, i.m., i.v.
Chlorpromazin (Chlorazin®)	10–25 mg/bis zu 3 × tgl.	oral
25 mg/3x tgl.	i.m.	
Domperidon (Motilium®)	10 mg/4 × tgl.	oral, sublingual
30–60 mg/3x tgl.	rektal	
Ondansetron (Zofran®)	4–8 mg/2–3 × tgl.	oral, i.m., i.v. (langsam)

Bei den Medikamentenempfehlungen wurden aus dem BMJ-Review nur die in der Schweiz zugelassenen Substanzen übernommen. Ingwerextrakt und Pyridoxin sind in der Schweiz als Mittel der ersten Wahl empfohlen, ihre Dosierung wurde entnommen aus Bürki, N. Meier, R. Nausea, Emesis und Hyperemesis gravidarum. Schweiz Med Forum 2010; 10: 242–246. Itinerol-B₆® ist ein Kombinationspräparat mit Meclozin, Koffein und Pyridoxin.

Prednisolon, Prochlorperazin und Promethazin (beide in der Schweiz nicht mehr im Handel), Dimenhydrinat, Doxylamin (in der Schweiz nicht zugelassen für Schwangerschaftserbrechen) und Metoclopramid berichtet.

Bei persistierender, schwerer Hyperemesis gravidarum werden mitunter auch Kortikosteroide im Spital eingesetzt. Sie scheinen zwar besser zu wirken als die üblichen Antiemetika, können jedoch mit beträchtlichen Nebenwirkungen verbunden sein. Sie seien darum den «verzweifelten Fällen» vorbehalten und sollten, wenn überhaupt, möglichst erst im zweiten Trimenon angewendet werden, schrieb dazu ein Schweizer Autorenteam in einem 2010 publizierten Review (s. Tabelle 3). ❖

anderes. Bezüglich der Nebenwirkungen ist zu bemerken, dass die meisten Antiemetika zu einer gewissen Schläfrigkeit führen können, insbesondere die Phenothiazine. Berichte über extrapyramidale Effekte und okulogyre Krisen («Blickkrampf») liegen für Metoclopramid und Phenothiazine vor. Kopfschmerzen, Tremor und Myalgie wurden im Zusammenhang mit

Renate Bonifer

Quelle: Jarvis S et al.: Management of nausea and vomiting in pregnancy. BMJ 2011; 342:d3606 doi: 10.1136/bmj.d3606

Interessenlage: Die Autoren des BMJ-Reviews geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.