

# Worauf muss man bei Schwangeren achten?

## Häufige Fragen in der Hausarztpraxis, Komplikationen und Alarmzeichen

**Für die Schwangerschaftsüberwachung selbst ist in der Regel der Gynäkologe zuständig, aber der Hausarzt muss ebenfalls in der Lage sein, Alarmzeichen für Schwangerschaftskomplikationen zu erkennen. Wir beleuchten das hausärztliche Management für häufige Beratungsanlässe, wenn während einer Schwangerschaft Gesundheitsprobleme ausserhalb des gynäkologischen Versorgungsbereichs auftreten.**

Erika Baum

Insgesamt haben wir für den Bereich von Begleiterkrankungen in dieser Phase eine schlechte Evidenzlage: Überwiegend existieren nur Beobachtungsstudien. Folgendes gilt es grundsätzlich zu beachten:

- ▲ Die Schwangerschaft ist eine Risikosituation durch veränderte Immunantwort und veränderte Zirkulation; auch Auswirkungen auf den Embryo/Fötus sind mit zu bedenken.
- ▲ Da insgesamt ein erhöhtes Risiko für Phlebothrombosen sowie Präeklampsie besteht (1), sollte bei jeder Konsultation auf die Beine (Ödeme, Umfangsdifferenz) und den Blutdruck geachtet werden.
- ▲ Primum nil nocere: Eher konservatives und vorsichtiges Vorgehen ist angezeigt.
- ▲ Eine sehr hilfreiche Website bei Fragen zur Medikation ist <http://www.embryotox.de/>

Nützlich ist auch eine Positivliste von Medikamenten, bei denen es genügend Evidenz für ihre Unbedenklichkeit gibt: Zur Schmerztherapie eignet sich Paracetamol. Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) sollten wegen Gefahr des vorzeitigen Ductus-Botalli-Verschlusses im 3. Trimenon nicht

mehr gegeben werden. Substitution von Vitaminen und Mineralien bei Mangel (z.B. Eisen, Jod 200 µg/Tag) sind indiziert, B-Vitamine sind unbedenklich. Bei indizierter Antibiotikatherapie sollen Penicilline, ältere Cephalosporine und Makrolide bevorzugt werden. Zur Hypertoniebehandlung sind Magnesium, Dihydralazin (in der Schweiz nicht im Handel), Methyldopa und gegebenenfalls Betablocker oder Kalziumantagonisten geeignet, dagegen sind ACE-(angiotensin-converting enzyme-)Hemmer/AT1-(Angiotensin-II-Rezeptor, Subtyp 1-)Blocker kontraindiziert. Heparin und Insulin sind bei entsprechender Indikation unbedenklich, da sie nicht die Plazenta passieren. Zur Positivliste gehören auch Asthmasprays (Betamimetika, Budesonid) sowie die kleinflächige lokale Anwendung von Kortikoiden inklusive nasaler Applikation. Bei Übelkeit/Erbrechen sind evidenzbasiert und einsetzbar:

- ▲ Ingwer
- ▲ Vitamin B<sub>6</sub>
- ▲ Dimenhydrinat (ausser im 3. Trimenon)
- ▲ Metoclopramid (MCP).

Bei der Gabe von Thyroxin muss im Verlauf der Schwangerschaft oft die Dosis angepasst werden.

### MERKSÄTZE

- ▶ Bei der Betreuung Schwangerer durch den Hausarzt ist besondere Sorgfalt nötig. Stets sollten der Blutdruck gemessen und die Unterschenkel angeschaut werden (Gestose? Thrombose?). Besondere Vorsicht ist bei Bauchbeschwerden geboten; hier ist eine enge Kooperation mit Gynäkologen angeraten.
- ▶ Es sollten keine neuen Medikamente oder Verfahren eingesetzt werden; Vorsicht ist auch bei pflanzlichen Präparaten geboten.
- ▶ Es ist eine erhöhte Komplikationsrate bei Infekten zu beachten; allgemeine Hygieneregeln sind einzuhalten.
- ▶ Es besteht eine niedrige Schwelle für eine Krankschreibung.

### Häufige Beratungsanlässe

Bei Atemwegsinfekten ohne Hinweis auf Komplikation/bakteriellen Infekt helfen Ausschlafen, gegebenenfalls Nasenspülung mit 0,9-prozentiger NaCl-Lösung (1 gestrichener Teelöffel Backpulver auf 1 l kann als Puffer hinzugefügt werden) sowie Zucker/Honig zur Hustenlinderung. Schleim lässt sich mit reichlich Flüssigkeit lösen. Weitere Optionen sind:

- ▲ Spülung mit Salbeitee bei Halsschmerz
- ▲ Thymian bei starkem Hustenreiz.

Cave: Überwärmung/Fieber ab 39 °C kann Wehen auslösen oder embryotoxisch sein. Wegen erhöhter Komplikationsneigung ist die Schwelle für Antibiotikagabe bei Hinweisen auf bakterielle Infektionen eher erniedrigt. Laborbefunde sind hier wegen veränderter Normwerte weniger hilfreich, Röntgenuntersuchungen sollen vermieden werden. Die Wieder-einbestellung ermöglicht eine engmaschige Überwachung.

Bei hinweisenden Beschwerden auf einen Harnwegsinfekt sollte nach Ausfluss, vorangegangenen Infekten, suprapubischem oder Flankenschmerz sowie nach Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, reduzierten Kindsbewegungen, Übelkeit/Emesis, schlechtem Allgemeinzustand und Begleiterkrankungen, die die Immunantwort beeinträchtigen, gefragt werden (2). Eine Urinkultur (inkl. Kontrolle nach Therapie) sollte immer angelegt werden. Sorgfältig untersuchen sollte man ausserdem Puls und Temperatur, Atmung und Bauch. Die Herzfrequenz des Kindes soll 100–160/min betragen. Bei Alarmzeichen ist eine stationäre Einweisung indiziert. Bei typischem Befund erfolgt eine Antibiose am besten für sieben Tage: Cefalexin (in der Schweiz nicht im Handel) und Amoxicillin sind immer möglich, Fosfomycin auch, Trimethoprim (in der Schweiz nur in Fixkombination mit Sulfamethoxazol erhältlich) ausser im 1. Trimenon, Nitrofurantoin nur vor der 36. Woche oder der Stillzeit (Hämolyse!). Ein Behandlungsbedarf bei asymptomatischer Bakteriurie ist unklar.

### Empfehlungen zu Impfungen

In der Schweiz empfehlen die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Frauen mit Kinderwunsch eine Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (Varizellen), Keuchhusten und die saisonale Grippe. Da der Masern-Mumps-Röteln-(MMR-) und der Windpockenimpfstoff lebende Viren enthalten, sollten diese Impfungen nicht während der Schwangerschaft durchgeführt werden. Die Impfung gegen Keuchhusten wird schwangeren Frauen in jeder Schwangerschaft empfohlen (vorzugsweise in der 13. bis 26. Schwangerschaftswoche), dies unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Impfung oder Infektion. Die Impfung gegen die saisonale Grippe wird für schwangere Frauen ab Mitte Oktober bis zum Ende der Grippeepidemie empfohlen. Die Impfstoffe gegen Keuchhusten (Pertussis) werden zusammen mit den Impfstoffen gegen Diphtherie und Tetanus in einer Spritze verabreicht (Kombinationsimpfung DTP). Diese sowie die Impfstoffe gegen Grippe enthalten keine lebenden Erreger und sind daher für das ungeborene Kind ungefährlich.

Rückenschmerzen in der Schwangerschaft sind sehr häufig. Sind sie dumpf und ziehend im Lumbalbereich, muss man auch an Wehen oder Schwangerschaftskomplikation denken. Die Vorgehensweise orientiert sich an der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) zum Kreuzschmerz (3) und an der DEGAM-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) zum Nackenschmerz (4). Insbesondere soll auf neurologische Ausfälle geachtet werden. Bei Paresen/Kaudas Syndrom oder anderen Alarmzeichen (Fraktur? Infektion?) ist die Patientin sofort weiterzuleiten. Bildgebung ist nur dann indiziert, wenn daraus therapeutische Konsequenzen abgeleitet werden sollen (klinische Operationsindikation?). Eine Magnetresonanztomografie (MRT) sollte ohne Kontrastmittel durchgeführt werden. Bei unspezifischem Kreuz- oder Nackenschmerz sind lokale Wärme, Dehnen und Bewegen empfehlenswert. Die Schwelle für eine Physiotherapieverordnung ist niedrig. Hilfreich sind die Beratung über Lagerung (Seitenlage mit Unterstützung, Vierfüsslerübungen), Walkingstöcke und Velofahren. Chiro-

therapie ist möglich, darf aber nur zurückhaltend angewendet werden wegen der Gewebelockerung in dieser Phase. Spritzen sollten nicht eingesetzt werden. Bei radikulären Schmerzen ist konsequente Physiotherapie indiziert; bis zu zwei Wochen Schonung sind hier möglich.

### Was tun bei Bauchschmerzen?

Bei neu auftretenden Bauchschmerzen in der Schwangerschaft ist eine enge Kooperation mit dem betreuenden Gynäkologen hilfreich. Appendizitiszeichen sind oft weniger ausgeprägt/typisch. Bei akutem starkem Schmerz gilt daher: vorsichtshalber Weiterleitung in die Klinik. Bei kolikartigen Schmerzen sollen Sonografie und Labor durchgeführt werden (Leber, Niere, Blutbild, C-reaktives Protein). NSAR sind gut wirksam (Suppositorien, ausser im 3. Trimenon), alternativ oder ergänzend kann Butylscopolamin gegeben werden. Eine Obstipation wird mit Ballaststoffen und ausreichender Flüssigkeitsaufnahme, gegebenenfalls auch mit Macrogol, behandelt, bei Analfissur mit Spasmus (Proktologen einschalten) ist der Einsatz von Lidocaincreme hilfreich. Die Emesis gravidarum ist prognostisch günstig, gegebenenfalls sind Infusionen nötig bei Dehydrierung (Ringer oder NaCl). Refluxbeschwerden können mit Antazida (z.B. Hydrotalcit) behandelt werden. Bei Gastroenteritis ist zunächst löffelfeise Flüssigkeitsgabe (Rehydratationslösung) indiziert. Auch hier muss eventuell eine grosszügige Indikation zur Infusionstherapie gestellt werden. Wichtig ist eine gute Handhygiene in der gesamten Familie.

### Erhöhtes Thromboserisiko

Beinbeschwerden sind zunächst immer als thromboseverdächtig einzustufen. Das Risiko ist in der Schwangerschaft vierfach erhöht (1,1/1000 Geburten), besonders im 3. Trimenon und bis sechs Wochen postpartal. D-Dimer und Wells-Score sind in dieser Phase nicht zuverlässig, und es gibt eine erhöhte Komplikationsgefahr (Embolie, postthrombotisches Syndrom). Ist eine Thrombose als Beschwerdeursache nicht sehr unwahrscheinlich, sollte man sofort niedermolekulares Heparin (NMH) geben, einen Kompressionsverband anlegen und Gefässdoppler veranlassen. Letzterer muss gegebenenfalls nach drei Tagen wiederholt oder ein MRT angeschlossen werden (Ausschluss iliakaler Verschluss bei zusätzlichem Becken-/Rückenschmerz). Bei bestätigter Phlebothrombose ist NMH bis mindestens sechs Wochen postpartal zu geben und eine Kompressionsstrumpf hose zu tragen. In der Stillzeit sind auch Cumarine möglich. Bei Ausschluss einer Phlebothrombose, aber schweren, gegebenenfalls gestauten Beinen kann man eine Kompressionsstrumpf hose oder mindestens Unterschenkelstrümpfe Kl.2 verordnen (und sollte «Gravidität» als Indikation dazuschreiben). Bei Beinkrämpfen hilft es, die Beine öfter hochzulegen; nützlich sind auch eine Bürstenmassage herzwärts sowie das Abdrücken mit Leitungswasser, vor allem abends zur Entstauung. Hilfreich bei Beinbeschwerden sind ausserdem bequeme Schuhe, gegebenenfalls Einlagen, Pendelübungen für die Kniegelenke und Velofahren.

### Tipps bei Haut- und Schilddrüsenerkrankungen

Bei Lippenherpes kann man Honig auftragen. Cave: Bei Herpes kurz vor dem Geburtstermin kann man eventuell syste-

misch Aciclovir geben. Ein Verdacht auf Ringelröteln muss serologisch abgeklärt und parallel dem Gynäkologen vorgestellt werden (Hydrops fetalis). Mykosen sollten lokal mit Clotrimazol behandelt werden. Schwarzer Tee wirkt adstringierend, Kamille trocknet eher aus. 20 Prozent der Schwangeren haben Pruritus im 1. und 2. Trimester; hier sind rehydrierende Hautpflegemittel empfehlenswert. Die polymorphe Eruption in der Schwangerschaft beginnt mit Striae und betrifft vor allem den Bauch, wobei die Nabelregion ausgespart bleibt. Eine Psoriasis verbessert sich in der Schwangerschaft häufig, Neurodermitis und Lupus erythematoses (LE) hingegen verschlechtern sich eher. Am häufigsten sind atopische Eruptionen in der Gravidität. Kortikoide, vorzugsweise extern, sind möglich. Cave: Pemphigoid, Pemphigus (beide bullös) und LE, da sie auch das Kind beeinträchtigen können. Bei disseminierten Beschwerden sollten die Leberwerte kontrolliert werden (5).

Bezüglich Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft ist zu beachten: Der Fetus produziert erst ab der 14. Schwangerschaftswoche selbst L-Thyroxin. Die Plazenta ist für TSH (thyreoideastimulierendes Hormon) nicht, für Schilddrüsenhormone mässig, für Jodid und Thyreostatika gut permeabel. Beta-hCG (humanes Choriongonadotropin) wirkt am TSH-Rezeptor. Östrogen interagiert mit Thyroxin; die Funktionswerte und der Substitutionsbedarf ändern sich daher. Thyreostatika (vorzugsweise Propylthiouracil) sollten

so niedrig wie möglich dosiert werden. TSH und fT3 (freies Trijodthyronin) müssen alle vier Wochen kontrolliert werden (Ziel: fT3 im oberen Normbereich). Bei Autoimmunthyreoiditis kann man während der Schwangerschaft 200 µg Jod/Tag geben, TSH sollte man alle sechs Wochen kontrollieren und die Dosis von L-Thyroxin so titrieren, dass TSH im Normbereich bleibt. ▲

**Prof. Dr. med. Erika Baum**  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin  
 D-35444 Biebertal

Interessenlage: Die Autorin hat keine Interessenkonflikte deklariert.

#### Literatur:

1. Khan F et al.: Diagnosis and management of deep vein thrombosis in pregnancy. *BMJ* 2017; 357: j2344.
2. Johnston CL et al.: A likely urinary tract infection in a pregnant woman. *BMJ* 2017; 357: j1777.
3. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-007.html>
4. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/S1-Handlungsempfehlung/053-007\\_Nackenschmerz/053-007k\\_DEGAM%20LL%20Nackenschmerz\\_170110.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/S1-Handlungsempfehlung/053-007_Nackenschmerz/053-007k_DEGAM%20LL%20Nackenschmerz_170110.pdf)
5. Vaughan Jones S et al.: Skin disease in pregnancy. *BMJ* 2014; 348: g3489.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 2/2018. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin. Anpassungen an Schweizer Verhältnisse erfolgten durch die Redaktion von ARS MEDICI.