

Pruritus in der Schwangerschaft

Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten

Jede fünfte Schwangere wird von Juckreiz geplagt. Über drei juckende Schwangerschaftsdermatosen und eine spezifisch in der Schwangerschaft auftretende Lebererkrankung mit Pruritus sprach Prof. Sonja Ständer, Münster, am virtuellen EADV-Kongress 2020.

Die atopische und die polymorphe Schwangerschaftsdermatose (AEP = Atopic Eruption of Pregnancy, PEP = Polymorphic Eruption of Pregnancy) stellen für das ungeborene Kind kein Risiko dar. Als häufigste Schwangerschaftsdermatose beginnt die AEP bei Frauen mit atopischer Diathese früh in der Schwangerschaft, im ersten oder zweiten Trimenon. Bei den juckenden Hautveränderungen kann morphologisch zwischen einem flächig-ekzematösen Typ und einem papulös-pruriginösem Typ mit aufgekratzten Papeln unterschieden werden. Topische Therapien (Emollienzen, Kortikosteroide) und perorale Behandlungen mit den nicht sedierenden Antihistaminika Loratadin und Cetirizin seien für das ungeborene Kind unbedenklich, so die Referentin. In zweiter Linie komme in der mittleren bis späten Schwangerschaft die UV-B-Schmalspektrum-Fototherapie in Betracht.

Die PEP ist eine selbstlimitierende, juckende, entzündliche Hauterkrankung mit einer Inzidenz von 1 auf 160 Schwangerschaften. In den letzten Wochen des dritten Trimenons oder bei 15 Prozent kurz nach der Entbindung beginnen sich juckende, polymorphe Hautveränderungen am Abdomen in den Striae distensae bemerkbar zu machen (urtikarielle Papeln, die sich zu Plaques vereinen; bis 2 mm messende Vesikel; nie Bullae; ausgedehntes Erythem; ekzematöse Veränderungen). Die Hautregion um den Nabel herum ist nicht betroffen. Zur symptomatischen Therapie werden in erster Linie topische Präparate (Emollienzen, Kortikosteroide) und orale Antihistaminika (Loratadin, Cetirizin) empfohlen. In zweiter Linie kann bei schwer Betroffenen systemisch Prednisolon verwendet werden.

Juckende Erkrankungen mit Risiken für das Kind

Beim Pemphigoid (Herpes) gestationis handelt es sich um eine seltene (1 auf 2000 bis 50000 Schwangerschaften), hormonell getriggerte, bullöse Autoimmundermatose im zweiten und dritten Trimenon oder unmittelbar nach der Entbindung. Rezidive sind bei weiteren Schwangerschaften, perimenstruell oder bei oraler hormoneller Kontrazeption möglich. Diese Schwangerschaftsdermatose erhöht das Risiko für Frühgeburten und Small-for-Date-Babys. Bei 10 Prozent der Neugeborenen kommt es zu leichten Hautveränderungen. Ein Pemphigoid gestationis beginnt mit Pruritus,

dann bilden sich Blasen zuerst am Abdomen (auch periumbilikal), später generalisiert. Als Erstlinientherapie werden Emollienzen, potente topische Kortikosteroide und orale Antihistaminika (Loratadin, Cetirizin) empfohlen. Zur systemischen Zweitlinientherapie eignet sich Prednisolon (täglich 0,5 bis 1 mg pro kg Körpergewicht).

Zur intrahepatischen Schwangerschaftscholestase kommt es bei bis zu 2,4 Prozent aller Schwangerschaften. Diese Lebererkrankung plagt zwar Schwangere mit Juckreiz, doch ist sie für das ungeborene Kind weit problematischer als für die Mutter. Die Frühgeburtenrate ist hoch (bis 60%), und es besteht ein erhöhtes Risiko für Totgeburten. Mutationen von Gallensäuretransporter-Genen prädisponieren zur hormonell getriggerten, reversiblen Cholestase. Eine aktuelle Publikation machte darauf aufmerksam, dass die langfristige Therapie mit intravaginalen Progesteronpräparaten zur Prävention von Frühgeburten eine intrahepatische Schwangerschaftscholestase auslösen kann (1). Spät im zweiten oder erst im dritten Trimenon beginnt der Pruritus bei unauffälliger Haut oft an Händen und Füßen. 1 bis 4 Wochen später erscheint ein Ikterus. Sekundär kann die Haut durch Kratzeffekte betroffen sein. Nach der Entbindung kommt es innerhalb von 6 Wochen zur spontanen Abheilung. Die Diagnose kann gestellt werden, wenn bei Nüchternblutentnahme im Serum der Schwangeren vermehrt Gallensäuren zu finden sind (Gesamtgallensäuren über 10 µmol/l). Als Erstlinientherapie wird Ursodeoxycholsäure (off-label, täglich 15 mg pro kg Körpergewicht) empfohlen. Diese hydrophile Gallensäure verbessert den Gallenfluss, lindert den Pruritus moderat und reduziert das fetale Risiko. Bei ungenügender Linderung des Pruritus können topische Kortikosteroide und orale Antihistaminika hilfreich sein. ▲

Alfred Lienhard

Quelle: «Pruritus in pregnancy», Vortrag von Sonja Ständer, Münster, am virtuellen EADV-Kongress, 29. Oktober 2020, Präsentation D1T05.3A.

Referenz:

1. Zipori Y et al.: Vaginal progesterone treatment for the prevention of preterm birth and intrahepatic cholestasis of pregnancy: A case-control study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020; 253: 117-120.