

Asthma während der Schwangerschaft

Keine Angst vor Medikamenten

Frau Müller leidet an chronischem Asthma und hat kürzlich entdeckt, dass sie schwanger ist. Nun macht sie sich Gedanken darüber, ob sie ihr Dosieraerosol zum Wohl ihres ungeborenen Kindes lieber absetzen soll. Hier ist eine umfassende Aufklärung durch ihren behandelnden Arzt notwendig.

OBSTETRIC MEDICINE

Asthma ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen während der Schwangerschaft. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass dieses Leiden das fetoplazentare Wachstum beeinträchtigen kann. So wurde bei betroffenen Frauen ein veränderter Blutfluss in der Nabelschnurarterie und in der Plazenta beobachtet. Des Weiteren ist es möglich, dass sich Asthma auf den Glukokortikoidmetabolismus auswirkt. Von Bedeutung ist dabei das plazentare Enzym 11b-Hydroxysteroid-Dehydrogenase Typ 2 (11b-HSD2), das eine Barrierefunktion in der Plazenta übernimmt. Es inaktiviert mütterliches Kortisol, das in hohen Konzentrationen das Wachstum des Fötus einschränken kann. Eine Studie zeigte nun, dass beim Verzicht auf inhalative Glukokortikoide während der Schwangerschaft eine niedrigere Konzentration von 11b-HSD2 vorlag. Gleichzeitig wurde ein vermindertes Geburtsgewicht von 25 Prozent bei den Feten dieser Frauen beobachtet. Dies ist ein signifikanter Unterschied im Vergleich zu Schwangeren ohne Asthmaprobleme.

Merksätze

- ❖ Es ist sicherer, eine antiasthmatische Behandlung beizubehalten, als eine Exazerbation durch das Aussetzen der Therapie zu riskieren.
- ❖ Die Asthmatherapie während einer Schwangerschaft hat das Ziel, Exazerbationen zu vermeiden, die mütterliche Gesundheit zu erhalten und dem Fötus gute Bedingungen für die Entwicklung zu ermöglichen.
- ❖ Peak-Flow-Meter eignen sich gut für das Monitoring. Die Messung von ausgeatmetem Stickstoffmonoxid (FeNO) ist in Zukunft möglicherweise die Methode der Wahl.
- ❖ Die Eckpfeiler der Therapie bilden in erster Linie Beta-2-Agonisten und Glukokortikoide zur Inhalation.

Zusammenspiel von Asthma und Schwangerschaft

Eine Metaanalyse kam zu dem Schluss, dass bei asthmatischen Frauen häufiger Komplikationen während der Schwangerschaft vorkommen – vor allem Fälle von Präeklampsie und Frühgeburt sind oft anzutreffen. Und im Vergleich zu gesunden Frauen betrug das relative Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht bei Asthmatikerinnen 1,46 (95%-Konfidenzintervall [KI]: 1,22–1,75). Werdende Mütter mit schweren Exazerbationen wiesen gegenüber asthmatischen Schwangeren sogar ein 2,54-fach erhöhtes Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht auf (95%-KI: 1,52–4,25). Dies zeigt, dass sich Exazerbationen während der Schwangerschaft negativ auf den Verlauf und die Entwicklung des Fötus auswirken können. Laut neueren Berichten ist der Schweregrad der Erkrankung zu Beginn der Gravität entscheidend: Bei einer leichten Form besteht ein Risiko von 8 Prozent für eine Exazerbation, wohingegen es bei Frauen mit mittlerem und starkem Asthma bei 47 beziehungsweise 65 Prozent liegt. Eine gute Kontrolle des Asthmas während des gesamten Schwangerschaftsverlaufs ist somit wichtig, um die perinatale Prognose der Kinder zu verbessern. Hierfür ist es wichtig, die Lungenfunktion regelmässig zu überwachen. Die spirometrische Bestimmung der Einsekundenkapazität (FEV₁) wird in diesem Zusammenhang empfohlen. Die Messung des PEF («peak expiratory flow»)-Werts ist ebenfalls eine praktikable Methode zum Monitoring. Damit kann die Lungenfunktion zu Beginn der Schwangerschaft ermittelt werden; die gewonnenen Werte dienen dann als Referenz während des gesamten Schwangerschaftsverlaufs. Daneben zeigen neuere Untersuchungen, dass die Messung von ausgeatmetem Stickstoffmonoxid (FeNO) auch geeignet ist, um Atemwegsentzündungen oder oxidativen Stress nachzuweisen.

Therapieziele

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass werdende Mütter mit Asthma tendenziell untertherapiert sind oder die Behandlung sogar abgebrochen wird. Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass viele Frauen Angst vor der Einnahme von Medikamenten haben – sie befürchten, dass sie sich negativ auf die Entwicklung ihres Kindes auswirken könnten. Es ist daher wichtig, dass asthmatische Frauen zu Beginn einer Schwangerschaft über Bedeutung und Sicherheit der Therapie umfassend aufgeklärt werden. Der Einsatz von geeigneten Medikamenten zur Asthmakontrolle ist eindeutig von grösserem Nutzen für Mutter und Kind, als das Risiko einer Verschlimmerung des Zustands durch das Aussetzen der Therapie. In der Regel können die Langzeit- und die Bedarfs-

Tabelle:

Asthmakontrolle bei Schwangeren

Schweregrad	Häufigkeit der Symptome	Nächtliches Erwachen	Störung normaler Tätigkeiten	FEV ₁ oder PEF (% des persönlichen Bestwerts)
gute Kontrolle	≤2 Tage/Woche	≤2/Monat	keine	>80%
schwach	>2 Tage/Woche, nicht täglich	>2/Monat	leicht	>80%
mittel	täglich	>1/Woche	einige Einschränkungen	60–80%
schwer	ständig	4/Woche	starke Einschränkungen	<60%

therapie in der gewohnten Weise wie vor der Empfängnis fortgesetzt werden.

Studien an Tieren und Menschen (6667 Schwangere) demonstrierten, dass kurz wirksame Beta-2-Agonisten während der Gravidität unproblematisch sind. Es gibt dahingegen nur wenige Daten über den Gebrauch lang wirksamer Beta-2-Agonisten (LWBA). In zwei Studien zeigten sich keine Auffälligkeiten bei der Gabe von LWBA. In einer weiteren Studie wurde allerdings ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen am Herzen diskutiert; dies war jedoch nicht eindeutig auf die Medikation zurückzuführen. Generell ist Salmeterol (Serevent®) der bevorzugte LWBA bei Vorliegen einer Schwangerschaft mit mittlerem und schwerem Asthma.

Glukokortikoide

Bei Bedarf ist eine Behandlung mit Glukokortikoiden zur Inhalation (ICS) möglich, wobei mit dem Wirkstoff Budesonid (Pulmicort®) die meisten Erfahrungen vorliegen. Beim Einsatz von ICS bei 21 072 schwangeren Frauen nahm das Risiko für eine Exazerbation ab, und die Lungenfunktion (FEV₁) verbesserte sich. Dabei wurden keine unerwünschten Ereignisse im Hinblick auf den Schwangerschaftsverlauf beobachtet. Nur eine Studie aus Schweden berichtete über eine leicht erhöhte Fehlbildungsrate (Odds Ratio [OR]: 1,09; 95%-KI: 1,03–1,15), wobei es sich dabei auch um eine zufällige Begebenheit handeln könnte. Dahingegen gibt es bei oralen Glukokortikoiden Hinweise auf ein leicht erhöhtes Risiko für eine isolierte Gaumenspalte mit oder ohne Lippenpalte während des 1. Trimesters (0,3% vs. 0,1%). Des Weiteren sind eine Frühgeburt, ein niedriges Geburtsgewicht und eine Präeklampsie nicht auszuschliessen. Es ist allerdings schwierig zu unterscheiden, ob Glukokortikoide oder schweres, unkontrollierbares Asthma selbst verantwortlich sind. Ähnliche Schlussfolgerungen wurden jedoch auch gezogen, als orale Glukokortikoide in anderen Indikationen verabreicht wurden.

Natriumcromoglycat und Co.

Natriumcromoglycat, Theophyllin und Leukotrienrezeptorantagonisten spielen bei der Behandlung von Asthma während der Schwangerschaft eher eine untergeordnete Rolle. Die Inhalation von Natriumcromoglycat (Lomudal®) wird aufgrund von Erhebungen an 4110 schwangeren Frauen befürwortet, da keine spezifischen unerwünschten Wirkungen auftraten. Des Weiteren liegen Daten von 57 163 werdenden

Müttern über den Einsatz von Theophyllin vor. Es war genauso wirksam wie Beclomethasondipropionat, doch es traten mehr unerwünschte Wirkungen und Behandlungsabbrüche auf. Über den Einsatz von Leukotrienrezeptorantagonisten wie Montelukast (Singulair®) stehen allerdings nur begrenzte Daten zur Verfügung. Empfehlungen von Leitlinien lauten, dass eine Behandlung bei Schwangeren nicht neu begonnen werden soll. Die Fortsetzung einer bereits bestehenden, erfolgreichen Therapie kann hingegen in Erwägung gezogen werden.

Überwachung des Schwangerschaftsverlaufs

Bei einem gut kontrollierten Asthma ist eine standardmässige Schwangerschaftsvorsorge ausreichend. Bei jedem Arztbesuch wird dann am besten auch der Asthmastatus überprüft. Liegt allerdings eine mittlere bis schwere Form vor, wird eine engmaschigere Überwachung empfohlen. Dazu gehören Ultraschalluntersuchungen zur Wachstumskontrolle des Fötus und Dopplersonografien zur Bestimmung der Blutzirkulation. Des Weiteren wird angeraten, die fetale Herzaktivität anhand der Kardiotokografie ab Schwangerschaftswoche 32 oder sogar früher zu bestimmen. Besteht bei einer Patientin ein PEF von weniger als 50 Prozent ihres persönlichen Bestwerts, ein ausgeprägtes Keuchen, eine starke Kurzatmigkeit oder eine verminderte fötale Aktivität, sind orale Glukokortikoide angezeigt, und kurz wirksame Beta-2-Agonisten sollten wiederholt verabreicht werden. Ein schwerer Asthmaanfall in der Schwangerschaft gilt als stationär zu behandelnder Notfall. Eine zusätzliche Sauerstoffgabe dient dazu, eine Sauerstoffsättigung von über 95 Prozent aufrechtzuerhalten und einen PaCO₂ von mehr als 40 mmHg zu vermeiden. Nach der Geburt wird auch Asthmatikerinnen das Stillen angeraten. Sie können dabei die antiasthmatische Behandlung wie üblich fortführen. ❖

Monika Lenzer

Quelle: Giles W, Murphy V: Asthma in pregnancy: a review. *Obstet Med* 2013; 6: 58–63.

Interessenkonflikte: Gemäss den Autoren bestehen keine Interessenkonflikte.