

Schwangerschaft und Magendarmtrakt

Nicht alle Beschwerden sind harmlos und vorübergehend

Der Gastrointestinaltrakt erfährt markante Veränderungen in der Schwangerschaft. Abdominale Beschwerden sind deshalb häufig. Die häufigsten Symptome Sodbrennen, Übelkeit, Bauchkrämpfe und Änderung der Stuhlgewohnheiten sind meist durch Motilitätsveränderungen bedingt, oft vorübergehend und bedürfen keiner speziellen Therapie. Allerdings kann es im Einzelfall schwierig sein, sie von ernsthaften Magendarmproblemen abzugrenzen.

Die häufigsten gastrointestinalen Probleme in der Schwangerschaft sind das Schwangerschaftserbrechen, die gastrooesophageale Refluxkrankheit, die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa), die Appendizitis und Schwangerschafts-spezifische, prognostisch oft schwerwiegende, glücklicherweise aber seltene hepatologische Erkrankungen wie Schwangerschafts-Cholestase, Leberrupturen und akute Fettleber. Die Leber ist regelmässig auch bei der Eklampsie und beim HELPP-Syndrom involviert.

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, Kohlenhydrat-reiche Kost) sind Antiemetika und Prokinetika Medikamente erster Wahl. Phenothiazine (Chlorpromazine), Metoclopramid, Vitamin B6 und Odansetron haben einen bewiesenen Nutzen und gelten aufgrund von Studien und breiter klinischer Erfahrung als sicher in der Schwangerschaft.

Refluxsymptome sind Risikofaktor für spätere Erkrankung

50 bis 80% der Schwangeren entwickeln Refluxsymptome gegen Ende der Gravidität, verursacht durch hormonell bedingte Veränderungen der Motilität und Sphinkterfunktion sowie Erhöhung des intraabdominalen Drucks. H2-Blocker und Protonenpumpenblocker gelten als sicher (Omeprazole Kategorie C, Ranitidin und alle anderen PPI's Kategorie B). Reflux während der Schwangerschaft ist ein Risikofaktor für eine spätere Refluxkrankheit.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen konsequent behandeln

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (IBD) treten mehrheitlich vor dem 30. Lebensjahr auf weshalb Schwangerschaft und IBD eine häufige Fragestellung ist. Der Einfluss der IBD auf die Fertilität ist umstritten. Die geringere Geburtenrate von IBD-Patientinnen ist vorwiegend auf ein Krankheits-bedingtes verändertes Sexualverhalten und gewollten Verzicht auf Kinder zurückzuführen. Frauen nach totaler Kolektomie mit ileoanaler Pouchanastomose haben ein dreifach erhöhtes Infertilitätsrisiko. Männer haben nur

unter Salazopyrin-Therapie eine vorübergehend verminderte Zeugungsfähigkeit.

Eine Schwangerschaft hat keinen negativen, möglicherweise sogar einen positiven Einfluss auf die IBD und ist nicht kontraindiziert. IBD-Patientinnen haben eine höhere Rate von Frühgeburten, tiefem Geburtsgewicht und Sectios. Hingegen ist die Missbildungsrate nicht erhöht. Das gilt auch für Kinder, die von Männern unter Therapie gezeugt werden.

IBD-Patientinnen sollten auch während der Schwangerschaft konsequent behandelt werden. Die meisten in der Behandlung verwendeten Medikamente können in der Schwangerschaft gleich wie ausserhalb eingesetzt werden.

Aminosalicylate sind Kategorie B-Medikamente. Mesalamin (Salofalk®, Pentasa®, Asacol®) wie auch Sulfasalazin (Salazopyrin®) zeigten in Studien keine Anhaltspunkte für Teratogenität.

Steroide sind Kategorie C-Medikamente und führen möglicherweise etwas häufiger zu Lippengaumenspalten. Das Risiko für Missbildungen ist, wenn überhaupt, aber insgesamt sehr klein. Falls indiziert dürfen und sollen sie gegeben werden.

Azathioprin (AZA) ist ein Kategorie D-Medikament. Studien beim Menschen haben aber keine Anhaltspunkte für ein erhöhtes Missbildungsrisiko gezeigt. AZA gilt als sicher und sollte deshalb während einer Schwangerschaft nicht abgesetzt, sondern weiter gegeben werden. Das gilt auch für Männer, wo bei Kinderwunsch das AZA nicht gestoppt werden soll.

Methotrexat ist ein Kategorie X-Medikament und ist in der Schwangerschaft kontraindiziert.

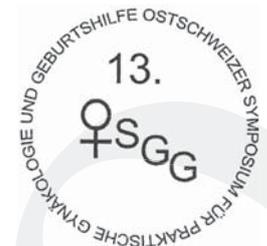
Cyclosporin und Tacrolimus, die vor allem bei der schweren therapierefraktären Colitis ulcerosa eingesetzt werden, sind Kategorie C-Medikamente und scheinen aufgrund der bisherigen Daten kein relevant erhöhtes Missbildungs- oder Schwangerschafts-Komplikationsrisiko zu haben.

Zunehmende Bedeutung von Biologika

Zunehmend häufig werden, vor allem beim M. Crohn, Biologika, die Anti-TNF α -Antikörper eingesetzt. Die drei in der CH zugelassenen Medikamente, Infliximab (Remicade®), Adalimumab (Humira®) und Certolizumab (Cimzia®), sind alle Kategorie B-Medikamente. Die bisherigen Studien beim Menschen haben keine An-



Dr. med. Jakob Brunner
Glarus



haltspunkte für eine teratogene Wirkung oder vermehrte Schwangerschafts-Komplikationen gezeigt.

Infliximab wird im letzten Trimester aktiv transplazentär transportiert mit über Monate messbaren Spiegeln beim Fötus. Bei Säuglingen haben sich bisher aber keine negativen Auswirkungen wie erhöhte Infektrate oder verminderte Impfantwort gezeigt. Bis die Bedeutung dieses Phänomens besser geklärt ist, wird allgemein empfohlen, Infliximab im letzten Trimester zu stoppen und falls nötig Steroide zu geben. Bei Adalimumab ist das gleiche Phänomen zu erwarten. Wegen der fehlenden kommerziellen Möglichkeit der Spiegelbestimmung gibt es dazu aber keine Daten. Certolizumab ist lediglich ein pegyliertes Fab-Fragment des IgG-Antikörpers und erscheint in viel kleineren Konzentrationen in Plazenta und Muttermilch. Es gibt keine Anhaltspunkte, dass Infliximab oder Certolizumab aktiv in die Muttermilch ausgeschieden werden.

Postpartale Analsphinkterverletzungen werden häufig nicht erkannt und können zu bleibender Stuhlinkontinenz führen

Die Stuhlinkontinenz bei Frauen ist ein häufiges Problem, bleibt aber oft undiagnostiziert, unter anderem auch deshalb, weil die betroffenen Frauen aus Scham dieses Problem nicht thematisieren. Eine Änderung der Stuhlinkontinenz ist nach Geburten etwas sehr häufiges und kann bis die Hälfte der Gebärenden betreffen. Die Symptome können von unkontrolliertem Windabgang bis zur groben Inkontinenz von solidem Stuhl reichen. Glücklicherweise ist das für die meisten Frauen ein vorübergehendes Phänomen, aber etwa 3% aller Frauen leiden unter einer bleibenden Inkontinenz. Neben einer Schädigung des N.pudendus ist die Stuhlinkontinenz vor allem durch eine geburtsbedingte Verletzung des analen Sphinkters bedingt. Bis zu 90% der Frauen mit einer persistierenden oder auch im späteren Verlauf aufgetretenen Inkontinenz haben eine geburtshilfliche Sphinkterverletzung erlitten. Anders betrachtet haben gut die Hälfte aller Frauen mit einem 3° Dammriss (also mit Sphinktertrauma) eine permanente Stuhlinkontinenz.

Die Angaben über die Häufigkeit von postpartalen Sphinkterläsionen gehen in der Literatur stark auseinander und reichen <1% bis >30%. Realistischerweise muss von einer Häufigkeit von ca. 10% ausgegangen werden (Untersuchungen mit dem 3-dimensionalen Ultraschall). Die wichtigsten Risikofaktoren sind ein Kindsgewicht >4kg, Kopfposition, Übergewicht der Mutter, asiatische Herkunft, Sphinktertrauma bei früherer Geburt und Zangengeburt. Perineale

TAB. 1 Sphinkter-Trauma – Erkennung	
Intact perineum	No visible tear
First-degree tear	Injury to skin only
Second-degree tear	Injury to the perineum involving perineal muscles but not the anal sphincter
Third-degree tear	Injury to the perineum involving the anal sphincter complex:
	3a: less than 50% external sphincter thickness torn
	3b: more than 50% external sphincter thickness torn
	3c: IAS torn
Fourth-degree tear	Injury to the perineum involving the anal sphincter and anal epithelium

OASIS

OASIS= Obstetric Anal Sphincter Injuries

Geburtstrauma scheinen zudem häufiger aufzutreten bei epiduraler Analgesie und bei medianen anstatt mediolateralen Episiotomien. Andererseits scheint die Wassergeburt das Risiko zu senken. In einer Cochrane-Review (21 Studien, 31 000 Patientinnen) wurde kürzlich gezeigt, dass eine Sectio kein zuverlässiger Schutz vor einer späteren Inkontinenz bietet und zur alleinigen Verhinderung einer Inkontinenz nicht indiziert ist.

Leider werden die 3° Dammrisse, also Dammrisse mit Verletzung des Analsphinkters, häufig nicht erkannt. Untersuchungen an renommierten geburtshilflichen Kliniken in England haben gezeigt, dass 40% der Sphinkterverletzungen verpasst werden. Die Untersucher orten hier ein Ausbildungsproblem, indem das geburtshilfliche Team zu wenig mit dem Problem des Analsphinktertraumas und der Stuhlinkontinenz vertraut ist. Sie fordern insbesondere eine obligate Untersuchung des Analsphinkters bei jeder Geburt und insbesondere vor einer allfälligen Damмнаht.

Dr. med. Jakob Brunner

FMH Innere Medizin und Gastroenterologie
 Leitender Arzt Medizin, Kantonsspital Glarus
 Burgstrasse 99, 8750 Glarus
 jakob.brunner@kschl.ch