

Erstelldatum: 29.7.2011		1931 Geburtshilfe		Nr. 193136/4		Seite 1 von 3	
<h1>Nausea in der Schwangerschaft und Hyperemesis</h1>							
Verfasser: Bütikofer Kathrin Änderung: Stähli Rebekka Anlaufstelle: FKL Telefon: 5063 E-Mail: rebekka.staehli@ksa.ch		Genehmigt am: 27.02.2020 Genehmigt durch: M. Todesco Gültig ab: 27.02.2020 Gültig bis: 26.02.2023		Ersetzt Versionen:			

1. Definition

80 % der Schwangeren sind von Übelkeit betroffen, die Hälfte davon zusätzlich von Erbrechen.

Die Definition der Hyperemesis gravidarum ist nicht genau festgelegt, wird jedoch meist mit 5 - 10-mal Erbrechen pro Tag, Gewichtsverlust von über 5 %, Ketonurie sowie Elektrolytverschiebungen assoziiert. Sie tritt in 0.3 – 1 % der Fälle auf und macht häufig eine Hospitalisation notwendig.

Die Pathogenese der Hyperemesis gravidarum ist nicht vollständig geklärt, es besteht aber eine klare zeitliche Assoziation mit dem HCG Verlauf (Beginn meist während den ersten 4 Wochen, Maximum während der 9.SSW). In 60 % der Schwangerschaften endet die Symptomatik bis zur 12. SSW bei 91 % bis zur 20. SSW. In der Vergangenheit wurden immer wieder psychologische und psychosomatische Hintergründe der Hyperemesis diskutiert (Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft, Paarkonflikte etc.). Mittlerweile ist man jedoch der Ansicht, dass die psychischen Zustände der Schwangeren mit Hyperemesis eher eine Folge der körperlichen Beschwerden als das ursprüngliche Problem darstellen. Eine gute psychologische Betreuung ist äusserst wichtig.

2. Differentialdiagnose

- gastrointestinale Erkrankungen: Appendizitis, Hepatitis, Pankreatitis, Erkrankungen der Gallenwege oder -blase
- Pyelonephritis
- Metabolische Erkrankungen (diabetische Ketoazidose, Porphyrie, M. Addison)

Tritt Nausea/Emesis erstmals nach der 10.SSW auf, ist die Diagnose einer Hyperemesis gravidarum ungewöhnlich, jedoch nicht unmöglich.

3. Ambulantes Management bei Nausea in der Schwangerschaft

Folgende Empfehlungen können der Schwangeren mit Nausea abgegeben werden:

Diät/Lifestyle-Umstellung:

- Kleine Mahlzeiten alle 1 – 2 h, Überfüllung des Magens sowie leeren Magen vermeiden.
- Vor und nach dem Essen 30 Min. ruhen.
- Kein Kaffee, keine würzigen/scharfen Speisen, wenig Fett, keine Süssigkeiten
- Proteinreich, salzig, wenig Fett (Ideal: Nüsse, Salzstängeli, Crackers, Müesli, Toast)
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten, in kleinen Mengen, idealerweise klare Flüssigkeit (u.U. isotonische Getränke, Trinken mit Strohhalm)
- Pfefferminz-Tee und Pfefferminz-Bonbons nach dem Essen

Akkupressur:

- Druck auf P6 (3 Querfinger proximal des Handgelenks, zwischen den Sehnen des M. palmaris longus und des M. flexor radialis)

Präparate:

- Vitamin B6 und Vitamin B12 p.o.
- Ingwer (frisch, als Tee, Bonbons oder Zintona Ingwer-Extrakt 200-500mg 3x/d) (CAVE: bei Überdosierung möglicherweise Wehenfördernd)
- Falls möglich eisenhaltige Vitamin-Präparate stoppen

Nausea in der Schwangerschaft und Hyperemesis



Empathie, das Ernst-Nehmen der Schwangeren, Information über Häufigkeit und Selbstlimitation dieser Symptome sowie frühzeitiger Einsatz von Antiemetika bei ungenügendem Erfolg durch konservative Massnahmen hat einen positiven Einfluss auf den weiteren Verlauf.

4. Stationäres Management bei Diagnose einer Hyperemesis

Eintrittsuntersuchungen

- Allgemeinstatus, Anamnese, Sozialanamnese
- Blutentnahme bei Eintritt:
 - Status 1 (Htk erhöht bei Hämokonzentration, teils maskiert durch physiologisch tieferen Htk der Schwangeren, Leukozyten häufig erhöht)
 - Na, K, Ca 2+, Chlorid (Elektrolytverschiebungen durch Erbrechen, Hypokaliämie, Hypochlorämie bei metabolischer Alkalose. Hyperkalzämie bei Hyperparathyreoidismus (selten))
 - Kreatinin, Harnstoff, ASAT/ALAT (typischerweise bei schwerer Hyperemesis ALAT > ASAT), TSH/ft4 (Transiente Thyrotoxicosis of hyperemesis (TSH erniedrigt, ft4 erhöht), keine Behandlung nötig, Normalisierung der Werte mit Regredienz der Symptome)
 - Blutgruppe
- Combur (Ketonurie?)
- Ultraschall (bei Mehrlingen oder Partial-Mole ist die Inzidenz der Hyperemesis erhöht)

Überwachung während der Hospitalisation

- Ketodiaburtest im Urin 1 x täglich
- Gewichtskontrolle alle 2 Tage
- Elektrolytkontrolle nach Verordnung

Therapie

Kurze Nahrungskarenz während Beginn der Rehydratation, dann Kostaufbau mit häufigen kleinen Mahlzeiten (alle 1 – 2 h). Falls die Patientin lange nichts mehr essen konnte, ist eine Ödem-Entwicklung nach Nahrungsaufnahme möglich aufgrund der Natrium-Retention während Nahrungskarenz. Keine Intervention nötig, spontane Regredienz der Ödeme.

- **Infusion bei Eintritt** min. 2000 ml/24 h und Zusatz von 20 mmol KCL pro Liter Infusion. Infusion RL und Misch im Wechsel.
- Bei Erbrechen > 3 Wochen zusätzlich Thiamin (Vitamin B1) 100 – 200 mg/Tag für 2 – 3 d (Benerva 300 mg p.o. oder 1 - 2 Amp. Benerva i.v.), zur Prävention einer Wernicke Enzephalopathie (sehr selten)
- Folsäure-Einnahme weiterführen

Medikamente nach Verordnung

1. Ingwerextrakt (Zintona) 200-500mg 3x/d
2. Itinerol B6 Supp. 1-0-1 (Basismedikament, Pyridoxin (Vit B6) und Meclozin (Antihistaminikum))
3. Paspertin (Metoclopramid, Dopamin-Antagonist) à 10mg max. 8-stündlich
 - Nicht länger als 12 Wochen:
 - CAVE: Dyskinesia tarda (unwillkürliche und repetitive Körperbewegungen) bei der Frau.
 - Keine Folgen beim NG nachgewiesen bei Einsatz im 1. Trimenon)

Zofran (Serotonin-Antagonist, genauer antiemetischer Wirkmech. unbekannt) sollte im 1. Trimenon nicht angewendet werden. In einer Kohortenstudie mit 1,8 Millionen Schwangeren war die Anwendung von Ondansetron im ersten Trimenon mit einem erhöhten Risiko für Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten verbunden (3 zusätzliche Fälle pro 10.000 behandelte Frauen; adjustiertes relatives Risiko 1,24 (95%-KI 1,03-1,48)). Die verfügbaren epidemiologischen Studien zu Herzfehlbildungen zeigen widersprüchliche Ergebnisse. Ausserhalb des 1. Trimenon Anwendung möglich, à 4 – 8 mg max. 6-stündlich.

Nausea in der Schwangerschaft und Hyperemesis



Bei therapierefraktären Fällen:

Medrol (Methylprednisolon) ab der 11. SSW: 16 mg p.o. 8-stündlich für 3 Tage, danach 50 % Reduktion alle 3 Tage (CAVE: Risiko einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte des Kindes, idealerweise nicht in der sensiblen Phase zw. 8. - 11. SSW)

Oder Spiricort (Prednisolon) 40 – 60 mg/Tag max. 50 % Reduktion alle 3 Tage

-->Steroide sind bei therapierefraktären Fällen einzusetzen. Falls die Therapie nach 48 - 72h keine Wirkung zeigt, kann diese ohne Ausschleichen gestoppt werden.

Falls gewünscht/möglich:

Akupunktur, Akkupressur

Optimale **psychologische/psychosomatische Betreuung**, bei Bedarf **Gespräch mit einer Hebamme oder Beizug des PDAG**, Besuchsregelung

Literatur

- N ENGL J MED 363;16; October 14, 2010; Nausea and vomiting in Pregnancy
- Schweiz Med Forum 2010;10(13-14): 242-246; Nausea, Emesis und Hyperemesis gravidarum
- UpToDate; Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy
- UpToDate; Clinical features and evaluation of neausea an vomiting of pregnancy
- Health Technology Assessment; October 2016, O'Donnell A. et al: Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: A Systematic review and economic assessment
- Huybrechts KF et al. Association of Maternal First-Trimester Ondansetron use with cardiac malformations and oral clefts in offspring. JAMA 2018 Dec 18; 320 (23): 2429-2437
- Handbuch Geburtshilfe USZ, Roland Zimmermann, 2. Auflage, 2012