



Hyperemesis gravidarum: das Leiden von Herzogin Kate

„Die Herzogin hat alle ihre Termine abgesagt und wird von Ärzten im Kensington Palace behandelt. Diese Worte begleiteten die Ankündigung des britischen Königshauses, dass Prinz William und Herzogin Kate ihr zweites Kind erwarten - und viele Beobachter machten sich lustig: Typisch royaler Hang zur Übertreibung, wegen ein bisschen Übelkeit mehrere Ärzte einfliegen zu lassen, oder? Doch in der Pressemitteilung steht auch die Diagnose Hyperemesis gravidarum. Sie ist die extreme Ausprägung der Schwangerschaftsübelkeit und geht weit über ein flaes Gefühl im Magen hinaus.“ (Quelle: Süddeutsche Zeitung 17.10.2014)

Die Hyperemesis gravidarum (HG) ist mit einer Inzidenz von 0,5-2% eine häufige Erkrankung in der Schwangerschaft. Dennoch wird sie vielfach in ihrer Auswirkung auf das mütterliche Befinden unterschätzt und damit nicht ausreichend therapiert. Sie ist von regionalen, sozialen und zeitlichen Unterschieden geprägt und kann mit einem massiven Verlust der Lebensqualität einhergehen. Die Aufgabe des Fachpersonals ist es daher der betroffenen Schwangeren mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Dies setzt gute Kenntnisse des Krankheitsverlaufes, der Therapiemethoden und deren Auswirkungen auf Mutter und Kind im Beratungsgespräch voraus.

Von einer HG spricht man, bei einem persistierendes Erbrechen mit einer Frequenz von mehr als fünfmal pro Tag, das von Dehydratation und Azidose durch erschwerte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Alkalose durch HCl-Verlust und Hypokaliämie begleitet wird und zu einer Gewichtsabnahme >5% führt. Bei 50% der betroffenen Schwangeren ist eine Besserung der Beschwerden in der 14. Schwangerschaftswoche zu erwarten. In der 22. SSW sind bereits über 90% beschwerdefrei. In bis zu 20% aller Schwangerschaften allerdings, persistiert die Übelkeit über den gesamten Verlauf der Gravidität. In der industrialisierten Welt ist die Prognose von Mutter und Kind bei behandelter HG gut. Bei der HG protektive Effekte bezüglich einer geringeren Rate an Fehlgeburten, intrauterinen Fruchttoden, Plazentainsuffizienzen, oder fetalen Spaltbildungen beschrieben. Fetale Fehlbildungen werden nicht gehäuft beobachtet. Bei einem maternalen Gewichtsverlust zu Beginn der Schwangerschaft von >5% bezogen auf das Ausgangsgewicht sind beim Neugeborenen niedrigere Geburtsgewichte, bzw. eine verkürzte Gestationszeit und verlängerte postpartale stationäre Behandlungsintervalle zu erwarten. Die Ätiologie der HG ist weitgehend ungeklärt. Es gibt Risikofaktoren, wie beispielsweise ein junges Alter der Mutter in der ersten Schwangerschaft, eine hyperthyreote Stoffwechsellage, Migrationshintergrund, vorbestehendes Asthma, Diabetes und gastrointestinale Störungen, u.a. Nicht zuletzt besteht im Zustand nach HG in einer vorbestehenden Schwangerschaft ein höheres Wiederholungsrisiko. Darüber hinaus sind hormonelle Einflüsse (HCG, Progesteron, Östrogen, etc.) und eine Assoziation mit einer Helicobacter pylori Infektion vielfach beschrieben worden.



Für die Diagnosestellung richtungsweisend sind neben den klinischen Symptomen (Übelkeit und Erbrechen, Temperaturanstieg, Ikterus, Benommenheit, geistige Verlangsamung, Delirium), die Abweichung der Laborwerte von der Norm und der für Ketone positive Urinstatus. Zur Bestätigung einer intrauterinen Gravidität sollte neben der Laboruntersuchung eine Sonografie durchgeführt werden. In Abwesenheit von Blutungen, ist eine spezielle pränatalmedizinische Untersuchung nicht erforderlich. Bei länger anhaltendem Erbrechen und ausgeprägter Symptomatik müssen differenzialdiagnostische Ursachen (gastrointestinal, metabolisch, urogenital, neurologisch, Medikamenten-Nebenwirkung, u.a.) in Betracht gezogen werden.

Bei mildem Verlauf der HG in der Regel selbstlimitierend. Neben einer Anpassung der Ernährung und einer psychologischen Betreuung (Reduktion von Stress) sollten alternative Therapieansätze (z.B. Akupunktur, Akupressur, Kräutertherapie, Ingwer, etc.) zur Therapie genutzt werden. Hier besteht in der Regel eine hohe Akzeptanz der Schwangeren. Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, ist eine medikamentöse Therapie zur Symptomkontrolle indiziert. Diese sollte in einem Stufenschema erfolgen. Sollte eine orale Medikamenteneinnahme nicht möglich sein, können alle Substanzen i.v. verabreicht werden. Bei therapierefraktärer HG stehen mit dem Antidepressivum Mirtazapin, dem Benzodiazepin Diazepam und dem Glucocorticoid Methylprednisolon interessante Behandlungserweiterungen zur Verfügung. Die Datenlage zu den zuletzt genannten Medikamenten bei der Behandlung der HG ist spärlich. Dennoch gibt es keinen Grund, diese Therapieoptionen ungenutzt zu lassen. In Abhängigkeit von den Beschwerden der Patientin sollte generell versucht werden, die mit einer ausreichenden Lebensqualität verbundene niedrigste Medikation anzustreben. Wie schnell die Medikamente reduziert oder abgesetzt werden können, muss am individuellen Fall entschieden werden und kann nicht pauschal empfohlen werden.

Ab einer Hyperemesis gravidarum Grad 2 sollte eine stationäre Aufnahme erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt zeigt die Patientin nicht nur eine Exsikkose, sondern in der Regel einen Mangel an Kohlenhydraten, eine metabolische Ketoazidose und gesteigerte Lipolyse. Ebenfalls sind Elektrolytveränderungen möglich. Die Behandlung erfolgt durch eine initiale Nahrungskarenz, Volumen- und Elektrolytsubstitution, parenteralen Gabe von Kohlenhydrat- und Aminosäurelösungen, sowie der Gabe von Vitaminen und Antiemetika. Die erforderliche intravenöse Flüssigkeitszufuhr und Ernährung verfolgt dabei das Ziel einer zeitnahen, möglichst baldigen vollständigen enteralen Ernährung. Der Kalorienbedarf der Patientin wird dabei oft unterschätzt. Eine Rehydrierung sollte initial über 48h versucht werden.

61. Kongress der DGGG,
19. bis 22. Oktober 2016, ICS Internationales Congresscenter Stuttgart



Zusammenfassung

Die HG ist eine Schwangerschaftserkrankung mit wahrscheinlich multifaktorieller Genese. Sie kann für die betroffene Schwangere mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einhergehen. Aufgrund der fehlenden Evidenz können keine kausalen Therapiestrategien empfohlen werden. Das therapeutische Regime basiert daher auf einer stringenten symptomatischen Behandlung und fallbezogenen Abwägung der Therapieoptionen.

Prof. Dr. Harald Abele