

WISSEN AKTUELL



SGGG-Kongress: Medikamentöse Therapien in Schwangerschaft und Stillzeit

Was tun bei Kopfschmerzen?

Bei behandlungsbedürftigem Kopfweh in der Schwangerschaft handelt es sich überwiegend um Migräne- und Spannungskopfschmerzen, wobei im Fall der Migräne die begleitende Übelkeit zusätzlich von Bedeutung ist. Während man schwach wirksame Analgetika wie Paracetamol oder Ibuprofen auch bei Schwangeren und stillenden Müttern einsetzen kann (nicht jedoch als Dauermedikation), ist mit den Triptanen Vorsicht geboten, erklärten Prof. Dr. med. Irene Hösli, Chefärztin, Frauenklinik, USB, und Prof. Dr. med. Ursula von Mandach, Forschung, Klinik für Geburtshilfe, USZ, beim SAPP-Workshop „Medikamentöse Therapie in der Schwangerschaft und Stillzeit“ anlässlich der SGGG-Jahresversammlung.

Kopfweh ist ein häufiges Begleitsymptom bei verschiedenen Krankheiten. Während ein grippaler Infekt sehr oft, dafür aber meist nur kurz – und unabhängig von einer Schwangerschaft (SS) – von Kopfweh begleitet ist, können sowohl die SS als auch die postpartale Phase mit spezifischen Erkrankungen assoziiert sein, die sekundär mit symptomatischen Kopfschmerzen einhergehen, wie z.B. die Eklampsie oder eine Sinusvenenthrombose. Daher sind differen-



Dr. med.
Irene Hösli



Prof. Dr. med.
Ursula von Mandach

tialdiagnostische Überlegungen wichtig, bevor man die Diagnose „Migräne- oder Spannungskopfschmerz“ stellt, oder das wiederkehrende Kopfweh bagatellisiert.

Zahlen und Fakten zur Migräne in der SS und Stillzeit

- Frauen mit Migräne während der SS weisen ein 1.5-fach erhöhtes Präeklampsie-Risiko auf. Bei zusätzlichem Übergewicht ist das Risiko sogar mindestens 6-fach erhöht
- Während sich die Migräne ohne Aura vor allem im 2. und 3. Trimenon bei einem hohen Prozentsatz der Schwangeren (46–87%) bessert – bis hin zur kompletten Remission, kommt es während der SS nicht selten zur Erstmanifestation einer Migräne mit Aura
- Bei etwa der Hälfte der Frauen kommt es allerdings postpartal zum erneuten Auftreten der Migräne ohne Aura
- Der Einfluss des Stillens auf die Migräne wird kontrovers diskutiert: in einigen Untersuchungen gab es keinen Unterschied in der Befindlichkeit zwischen stillenden und nichtstillenden Frauen, andere Quellen berichten über weniger Migräne bei stillenden Müttern.

Migräne in der Schwangerschaft und Stillzeit – wie behandeln?

Als First-Line-Therapie hat sich Paracetamol bewährt. Dieses Analgetikum empfiehlt die Schweizerische Kopfwehgesellschaft (SKG) für alle Phasen der SS. Gemäss neuesten Studien soll die Dauertherapie auf maximal eine Woche beschränkt bleiben, weil nach Langzeitanwendung in der SS beim Kind später gehäuft hyperkinetische Störungen beobachtet worden sind. In den SKG-Empfehlungen findet man eine Dosierung von 1 g bis maximal 3 g Paracetamol/Tag, generell liegt die Grenze in der SS bei 4 g/Tag. Als

Zweitlinientherapie kommen NSAR in Frage, mit strenger Indikationsstellung im 1. Trimenon (z.B. Versagen von Paracetamol). Im 2. Trimenon können Einzeldosen, vorzugsweise von Ibuprofen, gegeben werden, jedoch keine Dauertherapie. Im 3. Trimenon sind die NSAR kontraindiziert. Folgende Dosierungen sind erlaubt:

- Ibuprofen: 600–800 mg/Tag
- Diclofenac: bis 200 mg/Tag
- Naproxen: bis 10 000 mg/Tag

Triptane, die ausserhalb der SS breit eingesetzt werden, sind in der SS offiziell kontraindiziert. Allerdings gibt es bisher keine Hinweise auf eine erhöhte Teratogenität unter Triptanen. Wenn man sich trotz der Vorbehalte für eine Verordnung entschliesst, sollte man Sumatriptan, das am besten dokumentierte Triptan, bevorzugen. Vor einem erhöhten Blutverlust während der Geburt muss allerdings gewarnt werden, so die Referentin. Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft gibt folgende Dosierungsempfehlung: oral bis 100 mg, nasal bis 20 mg und s.c 6 mg.

Wenn die Migräne von Übelkeit und Erbrechen begleitet wird, haben sich Antihistamika der 1. Generation als First-Line-Therapie bewährt, insbesondere Dimenhydrinat. Als Alternative steht Meclozin zur Verfügung – jedoch fehlen Studiendaten dazu. Als Reserve-Medikation kann Metoclopramid erwogen werden, wobei die Kontraindikationen zu beachten sind.

Als Erstlinientherapie der Migräne bei stillenden Frauen sind Paracetamol und Ibuprofen indiziert, als Second-Line-Option andere NSAR. Eine sporadische Gabe von Sumatriptan ist möglich; bei einer Stillpause von 8h nach der Applikation muss nicht mit

einer messbaren Exposition des gestillten Kindes gerechnet werden. Bei der längerfristigen Gabe von Antiemetika kann es zur Sedierung des Säuglings kommen.

Für die Migräne-Prophylaxe in der Schwangerschaft UND Stillzeit kann man orale organische Magnesiumsalze wie Magnesium-Aspartat oder -Citrat erfolgreich einsetzen. Die übliche Dosis von 300 mg Magnesium²⁺/Tag kann im Bedarfsfall auf 2 x 300 mg Magnesium²⁺/Tag gesteigert werden. Ausserdem können Betablocker wie Metoprolol (bis 200 mg/Tag) oder das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin (bis 75 mg) bei strenger Indikationsstellung zur Migräne-Prophylaxe verordnet werden.

Spannungs-Kopfschmerzen – wie behandeln?

Für die Behandlung von chronischen Spannungs-Kopfschmerzen während der SS und Stillzeit sind langfristig wirksame und gut verträgliche Strategien gefragt. Dementsprechend werden in erster Linie nicht-medikamentöse Therapien empfohlen (Entspannungsverfahren, Stress-Management, Akupunktur etc.). Beim episodisch auftretenden Spannungs-Kopfschmerz können Paracetamol und NSAR eingesetzt werden, gemäss den bereits erwähnten Empfehlungen für die Migränetherapie in der SS und Stillzeit. Falls eine Prophylaxe von Spannungs-Kopfschmerzen erforderlich ist, kann auf Amitriptylin zurückgegriffen werden – jedoch mit derselben strengen Indikationsstellung wie bei der Migräne-Prophylaxe.

▼ Dr. Renate Weber

ANKÜNDIGUNG



Vol. 5 – Ausgabe 6 – Dezember 2015

Was bietet Ihnen die kommende Ausgabe?

FORTBILDUNG ➔ Candida-induzierte Entzündungen

Myomtherapie bei positivem Kinderwunsch

ULTRASCHALL-SERIE

Farbdopplersonographie im I. Trimenon

KONGRESS

OSGG-Symposium, Näfels