

Selbstmedikation in der Schwangerschaft

Fragen aus der Praxis

Lektor: Prof. Dr. Georg Kojda

Abstract: The use of over the counter (OTC) drugs in pregnancy is subject of intense advisory service in pharmacies. Here we discuss several problems that emerged during routine consultations of pregnant women with their pharmacists. In detail, we discuss the use of drugs and of herbal medicines to treat uncomplicated bronchitis and problems with allergies such as urticaria. Our advice is to critically review the official manufacturer's recommendations and the package insert of the remedy after having made a decision on a particular drug (Apothekenmagazin 2006;24(01/02):22-23).

Abstrakt: Die Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft ist ein heikles Thema, dass viele Kollegen immer wieder beschäftigt. Hier werden einige Probleme diskutiert, die bei Routineberatungen in Apotheken aufgetreten sind. Dabei geht es insbesondere um Arzneimittel und Phytopharmaka zur Behandlung von unkomplizierter Bronchitis und allergischen Reaktionen wie Nesselsucht. Wichtig ist in jedem Fall die Durchsicht der Fachinformation des Fertigarzneimittelherstellers, wenn man sich grundsätzlich für einen Wirkstoff entschieden hat (Apothekenmagazin 2006;24(01/02):22-23).

Einleitung

Obwohl selbstverständlich der Sicherheit des Kindes der Vorrang gegeben wird, gibt es eine Reihe von Beschwerden, die für Schwangere vorübergehend zu einer schlimmen Belastung werden können. Dies gilt nicht nur für schwer wiegende Erkrankungen wie Gestationsdiabetes, Präeklampsie (Schwangerschaftsbluthochdruck), Infektionen oder z.B. einen Bandscheibenvorfall. Es gilt ebenfalls für meist einfachere Beschwerden wie niedriger Blutdruck, Husten, Schnupfen, Schmerzen, Fieber, Schwindel, Übelkeit und Allergien. Sicher möchten weder die Schwangeren noch beratende ApothekerInnen einen leichtfertigen Umgang mit Arzneimitteln pflegen. Andererseits kann Schwangeren, die unter ihren Beschwerden leiden, auch mit Arzneimitteln geholfen werden, wenn es der Leidensdruck erforderlich macht. Dies kann z.B. bei einer Bronchitis der Fall sein, die ja meistens viral bedingt und daher einer kurativen Therapie durch Antibiotika nicht zugänglich ist. Zur vorübergehenden symptomatischen Behandlung können hier für kurze Zeit Antitussiva eingesetzt werden, z.B. um nachts schlafen zu können. Ähnliches gilt auch für andere Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Allergien.

In diesem Zusammenhang erscheint es im Rahmen der Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft sinnvoll, alle während der Schwangerschaft eingenommenen Arzneimittel zu dokumentieren. Hierzu eignet sich insbesondere ein Arzneimittelpass für Schwangere (Bezug siehe Fortbildungsfragebogen). Auf diese Weise erhält nicht nur die Schwangere selbst, sondern auch jeder behandelnde Arzt oder beratende Apotheker eine Übersicht über alle während der Schwangerschaft eingenommenen Medikamente. Außerdem verbessert ein solcher Pass auch die Kommunikation der Heilberufler untereinander und führt zu einer besseren Einbindung der Schwangeren. Denn bei Arzneimitteln in der Schwangerschaft gilt es den Arzt oder Apotheker zu fragen und nicht gut gemeinten Ratschläge von Laien zu vertrauen oder gar auf deren Empfehlung Arzneimittel einzunehmen.

Nach bislang 8 Vorträgen zum Thema „Selbstmedikation in der Schwangerschaft“ für die Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Nordrhein sowie der Publikation eines zweiteiligen Übersichtsartikels zum Thema (1,2) ist eine Reihe von Fragen von Kolleginnen und Kollegen eingegangen, die sich zum Teil direkt aus Beratungsgesprächen mit Schwangeren ergeben haben. Einige dieser Fragen erscheinen von allgemeinem Interesse, da sie sicher viele Beratungsgespräche betreffen. Sie werden daher im Folgenden schriftlich beantwortet.

Frage 1 (Apothekerin Heidrun Wiemann):

Beim Thema Expektorantien steht in Ihrem Skript, dass Guifenesin kontraindiziert ist, ACC Bromhexin, Ambroxol und Carbocistein aber

nicht. Beim Vortrag hatten Sie extra darauf hingewiesen, dass Bromhexin auch kontraindiziert ist, ACC, Ambroxol und Carbocistein aber nicht. Gibt es eine Erklärung, wo das Gefahrenpotential von Bromhexin liegen soll?

Antwort

Als generelle Regel gilt, dass in der Schwangerschaft (strenge Indikationsstellung!) nur wirklich notwendige und nachweislich wirksame Arzneimittel mit hohem Erprobungsgrad hinsichtlich des Gefährdungspotentials zum Einsatz kommen dürfen. Einerseits gilt die Wirksamkeit von Expektorantien als umstritten. Andererseits wird das Risiko für das ungeborene Leben, welches nicht bekannt ist, insgesamt als niedrig eingeschätzt. So sieht der Gynäkologe und Autor eines Buches zum Thema, Prof. Dr. Gerhard Grospietsch, beide Arzneistoffe – also Bromhexin und Ambroxol – als Mittel der Wahl an (3).

Im Grunde gibt es keine pharmakologische Erklärung für die von Ihnen beschriebene Diskrepanz. Das ist aber nicht nur bei Bromhexin so, sondern z.B. auch bei α -Sympathomimetika zur Abschwellung der Nasenschleimhaut. Allerdings ist Ambroxol ein aktiver N-Desmethyl-Metabolit des Bromhexins (auch „cyclohexylhydroxyliert“) und muss damit auch strikt getrennt betrachtet werden.

Die Einschätzung für Bromhexin in meinem Vortrag beruht auf den Angaben des Herstellers von Bisolvon[®], der in seiner neuen Fachinformation (Stand März 2005) schreibt: „Über teratogene oder embryotoxische Risiken bei der Anwendung von Bisolvon Hustentabletten in der Schwangerschaft liegen keine verwertbaren Daten vor. Bromhexinhydrochlorid tritt in die Muttermilch über. Während der Schwangerschaft und Laktation dürfen Bisolvon Hustentabletten nicht angewendet werden“.

Das erscheint verwirrend und nicht so ohne weiteres verständlich, vor allem wenn man sich die Fachinformation von Bromhexin-ratiopharm (Stand Juni 2002) durchliest: „Über eine Anwendung von Bromhexin in der Schwangerschaft beim Menschen liegen bislang keine Erfahrungen vor, daher dürfen diese Arzneimittel in der Schwangerschaft nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung verordnet werden. Da der Wirkstoff in die Muttermilch übergeht, dürfen diese Arzneimittel in der Stillzeit nicht angewendet werden“.

Während also der eine Hersteller die Anwendung von Bromhexin in der Schwangerschaft grundsätzlich zulässt, gilt für den anderen Hersteller die Anwendung in der Schwangerschaft als Kontraindikation. Das bedeutet, dass alle Empfehlungen zur Anwendung von Wirkstoffen in der Schwangerschaft die Auswahl eines geeigneten Fertigarzneimittels voraussetzen, welches der Hersteller auch für diese Indikation zulässt. Bei den Empfehlungen zur Selbstmedikation in

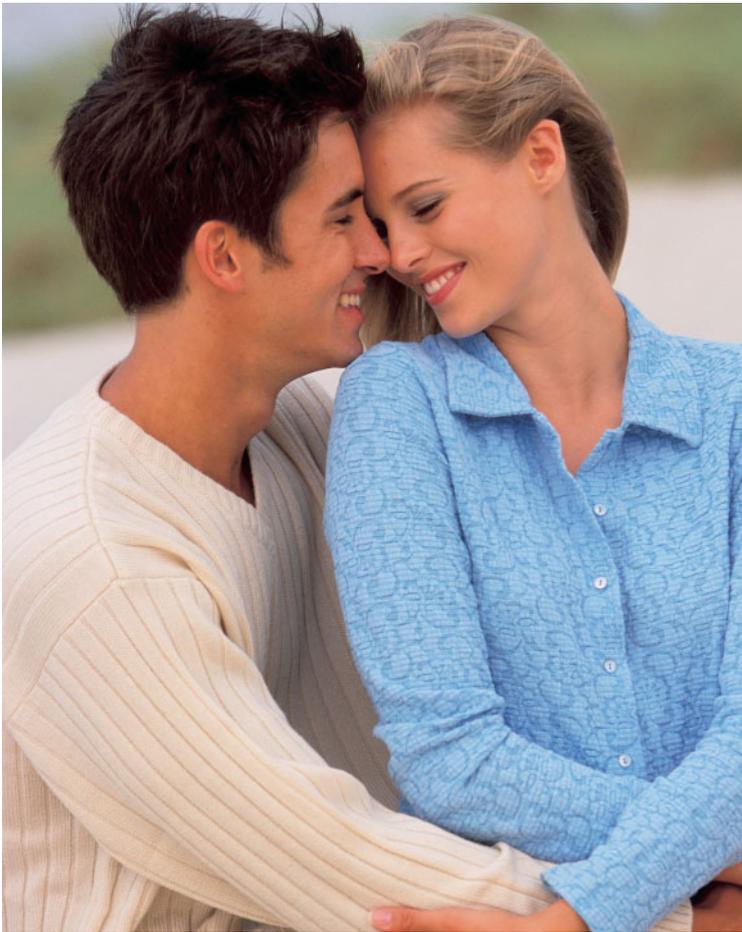


Foto: MEV

meinen Vorträgen und Artikeln (1,2), aber auch bei der [Selbstmedikationsliste](#), die zusammen mit einer Patienteninformation dem [Arzneimittelpass für Schwangere](#) beiliegt, habe ich daher immer auf die Fachinformationen der „Original“-Hersteller Bezug genommen. Dies war auch der Grund dafür, dass ich Ihnen im Zweifelsfalle die Lektüre der jeweils aktuellen Fachinformation empfohlen habe. Die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie in der Schwangerschaft hängt sicher auch vom Leidensdruck der Patientin ab, die Nutzen/Risiko-Relation des eingesetzten Arzneimittels aber nicht. Letztlich muss jede/r Kollege/in auf der Basis seiner akademischen Ausbildung selbst entscheiden, was er seinen/ihreren schwangeren Patientinnen empfiehlt. Allerdings würde ich in jedem Falle zur Beachtung der Empfehlungen des Herstellers in der Fachinformation raten.

Frage 2 (Ärztin Cornelia von Aswege):

Bezüglich des o.g. Themas hätte ich noch eine Frage zu Sinupret®, ein sowohl bei Schwangeren als auch bei HNO-Ärzten sehr beliebtes Medikament. Ist Sinupret® in der Schwangerschaft bedenkenlos einsetzbar?

Antwort

Die Anfrage steht stellvertretend für viele Anfragen zum Thema Phytopharmaka in der Schwangerschaft, die mich erreicht haben bzw. während der Fortbildungsvorträge zum Thema an mich gerichtet wurden. Grundsätzlich gelten für die Anwendung von Phytopharmaka in der Schwangerschaft die gleichen Kriterien wie für chemisch definierte Arzneistoffe. Zu beachten ist in jedem Fall, dass Phytopharmaka in der Regel ein Wirkstoffgemisch darstellen, was die Beurteilung eventueller teratogener und embryotoxischer Wirkungen erschwert. Auch wenn bislang keine direkten Zusammenhänge zwischen sekretolytisch wirksamen Phytopharmaka und einer fruchtschädigenden Wirkung erkennbar sind (3), muss darauf hingewiesen werden, dass keine kontrollierten Untersuchungen zu diesem Zusammenhang existieren, d.h. dass das Risiko nicht bekannt ist.

Dies ist wahrscheinlich auch der Grund dafür, dass manche Hersteller die Anwendung ihrer Arzneimittel in der Schwangerschaft nur nach Rücksprache mit dem Arzt empfehlen und diese somit eigentlich nicht für die Selbstmedikation zur Verfügung stehen (z.B. Gelo-myrtol®).

Es gibt nach bisherigem Kenntnisstand keine Bedenken gegen die Anwendung von Sinupret® in der Schwangerschaft. Allerdings kann der Wirkstoff, wenn überhaupt, nur eine symptomatische Linderung bringen. Der Hersteller schreibt in seiner Fachinformation: „In reproduktionstoxikologischen Untersuchungen von Sinupret Tropfen und Sinupret Dragees ergaben sich keine Hinweise auf eine Beeinflussung der Fertilität; beide Darreichungsformen von Sinupret erwiesen sich an Ratten und Kaninchen als nicht teratogen und ergaben im UDS (unscheduled DNA Synthese)-Test auch keinen Hinweis auf eine Neusynthese von DNS. Es wurden keine mutagene Wirkung im bakteriellen Testsystem beobachtet und auch keine Brüche von Chromosomensträngen nach der in vivo Gabe an Mäusen festgestellt.“

Zu diesem Thema ist im letzten Jahr auch eine Beobachtungsstudie der Herstellerfirma publiziert worden (4). Die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass sich keine vernünftig nachvollziehbare Korrelation zwischen der Einnahme von Sinupret® und embryotoxischen sowie teratogenen Effekten nachweisen lässt. Das bedeutet selbstverständlich nicht, dass alle Risiken ausgeschlossen werden können.

Frage 3 (Apothekerin Frau Stäuben)

Vielleicht können Sie uns weiterhelfen (Hautarzt und Gynäkologe verweisen auf die Apotheke). Eine Kundin hat eine länger bestehende Nesselsucht und wurde vor 7 Jahren deshalb mit Cortison/Lisino®/Zyrtec® behandelt. Sie war dann 3 Jahre ohne Beschwerden. Im Juni trat die Nesselsucht erneut auf, seit Ende Juli besteht eine Schwangerschaft. Welches Präparat wäre am besten geeignet, um die Nesselsucht zu behandeln?

Antwort

Einige Antiallergika dürfen in der Schwangerschaft verwendet werden. Dies gilt nicht nur für topische, sondern auch für systemische Antiallergika. Allerdings gilt im ersten Trimenon der Schwangerschaft meistens eine sehr strenge Indikationsstellung bzw. die Wirkstoffe sind kontraindiziert, obwohl sie ab dem 2. Trimenon grundsätzlich eingesetzt werden können. Als topisch verwendbare Antiallergika können Cromoglicinsäure (auch intestinal), Dimetinden und Levocabastin zum Einsatz kommen. Systemisch verwendbar, und das wäre im vorliegenden Fall wahrscheinlich angezeigt, sind grundsätzlich Cetririzin und Loratidin (je 10 mg/Tag), während Dimetinden in der Schwangerschaft nicht systemisch verwendet werden darf! Die Therapiedauer richtet sich nach dem Beschwerdebild und kann mehrere Wochen betragen. Die Therapie sollte im vorliegenden Fall sowohl mit dem Dermatologen als auch mit dem Gynäkologen abgestimmt sein. Ein [Arzneimittelpass für Schwangere](#) kann hierbei gute Dienste leisten.

Literatur

1. Kojda G Selbstmedikation in der Schwangerschaft [Over the counter drugs in pregnancy]. Apothekenmagazin 2004;22:296-302. [kostenlos erhältlich unter: http://www.uni-duesseldorf.de/kojda-pharmalehrbuch/apothekenmagazin/Fortbildungsartikel.html](http://www.uni-duesseldorf.de/kojda-pharmalehrbuch/apothekenmagazin/Fortbildungsartikel.html)
2. Kojda G Selbstmedikation in der Schwangerschaft [Over the counter drugs in pregnancy]. Teil II. Apothekenmagazin 2005;23:8-15. [kostenlos erhältlich unter: http://www.uni-duesseldorf.de/kojda-pharmalehrbuch/apothekenmagazin/Fortbildungsartikel.html](http://www.uni-duesseldorf.de/kojda-pharmalehrbuch/apothekenmagazin/Fortbildungsartikel.html)
3. Grospietsch G: Erkrankungen in der Schwangerschaft. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2004,
4. Ismail C, Wiesel A, Marz RW, Queisser-Luft A. Surveillance study of Sinupret in comparison with data of the Mainz birth registry. Arch Gynecol Obstet 2003;267:196-201.