

## Schwangere mit Asthma

# Mehr Probleme mit Töchtern

Schwangere mit Asthma bronchiale entwickeln häufiger Komplikationen. Das Geschlecht des werdenden Nachwuchses spielt dabei auch eine Rolle.

— 8% aller Schwangeren leiden an Asthma. Das erhöht ihr Risiko für Schwangerschaftserbrechen, Präeklampsie, vorzeitigen Blasensprung oder Kaiserschnitt. Dem Nachwuchs drohen geringes Geburtsgewicht, zu frühe Geburt, kongenitale Missbildungen, Wachstumsretardierung und höhere Sterblichkeit.

Ein „Weiter so“ in der Asthmatherapie wie vor der Schwangerschaft ist nicht immer angebracht. Nur bei einem Drittel der werdenden Mütter mit Asthma bleibt die Symptomatik unverändert, bei vielen Frauen verbessert sich das Asthma in der Schwangerschaft auch – oder verschlechtert sich. Am häufigsten treten Asthmaexazerbationen in der 29.–32. Schwangerschaftswoche auf, berichtete Priv.-Doz. Dr. Andrea Koch aus Köln.

### Achtung, Mädchen!

Die Asthmasymptomatik der Schwangeren hängt sicher von hormonellen Veränderungen ab (Tab. 1), aber nicht nur: Nach einer kürzlich publizierten Studie leiden werdende Mütter mit Asthma, wenn sie ein Mädchen erwarten, stärker unter Husten, Kurzatmigkeit und nächtlichem Erwachen als Frauen, die mit einem Jungen schwanger sind. Bei männlichen Föten besserte sich das Asthma im Trend sogar häufiger. Auch führte ein Asthma der Mutter nur bei Mädchen zu einem verminderten Wachstum, nicht bei Jungen und auch nicht, wenn mit niedrig dosierten inhalativen Steroiden (ICS) behandelt worden war.

### Therapieempfehlungen

Die Asthmatherapie einer Schwangeren sollte mindestens ein- bis dreimonatlich kontrolliert werden, so die Empfehlung

von Koch. Bei leichtgradigem Asthma kann laut Koch genauso therapiert werden wie außerhalb der Schwangerschaft: Bei intermittierendem Asthma genügt ein kurz wirksamer inhalativer Beta-2-Agonist (SABA) zur Bedarfstherapie, bei leichtgradig persistierendem Asthma kommt ein niedrig dosiertes ICS dazu.

Bei mittelgradigem Asthma können eine mittlere Dosis (600–1200 µg) ICS oder aber eine niedrige Dosis (< 500 µg) ICS und ein inhalativer lang wirksamer Beta-2-Agonist (LABA) gegeben werden. Bei schwergradigem Asthma muss das ICS hoch dosiert werden, wieder ergänzt um einen LABA. Ggf. ist auch ein orales Steroid zu erwägen. In den ersten Schwangerschaftsmonaten sind Letztere allerdings mit einem erhöhten Risiko v. a. für eine Lippen-Gaumen-Spalte verbunden.

Nach der Literatur relativ sicher scheint eine niedrige bis mittelhohe Dosierung von inhalativem Budesonid. Als SABA empfiehlt eine amerikanische Publikation vorrangig Salbutamol, als LABA Salmeterol. Alternativen können Theophyllin oder Montelukast sein, Letzteres kann auch als Add-on gegeben werden.

### Hormone und Asthma

Tabelle 1

#### Östrogen, Prolaktin und Kortisol führen in der Schwangerschaft zu

- vermehrter Relaxation der Atemwegsmuskulatur,
- erhöhter Antikörper-Produktion,
- verringerter Freisetzung proinflammatorischer Zytokine,
- verringerter IL-1-Produktion aus Blutmonozyten,
- Rekrutment von Eosinophilen in die Lunge,
- Zunahme der TH2-Lymphozyten.

Schwangere Asthmatikerinnen profitieren von der Schulung und der Selbstkontrolle per Peak-Flow-Meter, so Koch. Jede werdende Mutter mit Asthma sollte außerdem einen Notfallplan haben.

#### Friederike Klein

Quelle: Symposium „Schwieriges Asthma bronchiale“, 51. Kongress der DGP, Hannover, 19. März 2010

### Schwerer Asthmaanfall während der Schwangerschaft

Abbildung 1

Inhalativ hoch dosiert kurz wirksamer Beta-2-Agonist  
Salbutamol (5 mg/ml alle 20 Minuten 3 x; Nebulizer)  
Sauerstoff (→ O<sub>2</sub>-Sättigung > 95%)

Kortison i. v.  
Prednisolon, Methylprednison, Prednison 150 mg/d (verteilt auf 3–4 Einzeldosen) 2 Tage, danach 60–80 mg/d bis PEF > 70%

Beta-2-Agonist i. v.  
Epinephrin 1 : 1000 (1 mg/ml) (0,3–0,5 mg alle 20 Min 3x)  
oder Terbutalin (1 mg/ml) (0,25 mg alle 20 Min 3x)

Intensivstation  
Intubation und Beatmung  
Monitoring des Fetus