



Ratgeber für Patienten

Schwangerschaft

bei Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals und der Bauchspeicheldrüse



Schwangerschaft bei Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals und der Bauchspeicheldrüse

Voraussetzung für einen ungestörten Schwangerschaftsverlauf und normale Entwicklung des Kindes ist einmal eine qualitativ und quantitativ ausgewogene Kost, die den steigenden Kalorienbedarf in der Schwangerschaft deckt, und zum anderen eine normale Funktion des Darms. Eine uneingeschränkte Aufnahme von Eiweiß, Fetten, Kohlenhydraten, Vitaminen, Elektrolyten, Spurenelementen und Wasser gewährleistet das regelrechte Wachstum des Kindes. Erkrankungen des Magen- Darm- Kanals, aber auch der Bauchspeicheldrüse (Pankreas), der Leber und Gallenwege können jedoch zu Störungen des Transports, der Verdauung (Digestion) und der Aufnahme der Nahrungsbestandteile durch den Darm (Resorption) führen und je nach Schwere des Verlaufs das Kind gefährden. Im Folgenden soll nun speziell auf einige ausgewählte Erkrankungen und Symptome, die in der Schwangerschaft häufig sind und denen eine besondere Relevanz zukommt, näher eingegangen werden.

1. Refluxkrankheit der Speiseröhre

Unter einer Refluxkrankheit versteht man ein klinisches Bild mit Sodbrennen als Kardinalsymptom, häufig ausgelöst durch den Rückstrom (Reflux) von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre. Ursache ist ein Versagen des zwischen Magen und Speiseröhre gelegenen muskulären Verschlussventils. **Sodbrennen** ist ein häufiges Symptom, etwa ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland klagt im Verlauf eines Jahres über derartige vom Oberbauch bis in den Rachen aufsteigende brennende Mißempfindungen, ca.10 % sogar täglich.

In der **Schwangerschaft** ist das **Sodbrennen** sogar das Symptom, über das von Seiten des Magen- Darm-Traktes am häufigsten geklagt wird. Über die Hälfte der Schwangeren in den westlichen Industrieländern leidet an Sodbrennen. Selten beginnen die Beschwerden in der Frühschwangerschaft, häufiger setzen sie zu Beginn des zweiten oder erst im letzten Schwangerschaftsdrittel ein, um relativ oft bis zur Entbindung an Häufigkeit und Schwere zuzunehmen. Ein Viertel der Schwangeren hat täglich Sodbrennen von unterschiedlicher Intensität. Die Symptome treten am häufigsten im Liegen, beim Bücken, Pressen und nach reichlicher Nahrungsaufnahme auf und können durch psychischen Stress, Süßigkeiten, Rauchen, Kaffee- oder Alkoholgenuss verstärkt werden. Unbehandelt können sie Minuten bis Stunden dauern und sich häufig bei aufrechter Körperhaltung bessern.

Tab.1: Häufigkeit des Sodbrennens in der Schwangerschaft

20% im ersten Drittel

40% im zweiten Drittel

über 70% im dritten Drittel

Auch hier ist das Sodbrennen das Ergebnis einer komplexen Schwächung des Schließmuskels und zusätzlich einer gestörten Funktion von Speiseröhre und Magen. Verantwortlich für diese „Fehlregulierung“ sind im Wesentlichen die in der Schwangerschaft ansteigenden weiblichen Geschlechtshormone.

Im Rahmen eines zu häufigen Refluxes kann sich eine Entzündung der Speiseröhrenschleimhaut entwickeln, selten mit kleinen Schleimhautdefekten einhergehend (**erosive und ulzeröse Ösophagitis**).

Die Beschwerden erfahren hierdurch jedoch keine Änderung. Als Komplikation kann es besonders zum Schwangerschaftsende hin zu in der Regel leichten Blutungen aus derartigen kleinen Geschwüren kommen, die zur Ausbildung einer Schwangerschaftsanämie beitragen können.

Die **Diagnose** der Refluxkrankheit lässt sich auch in der Schwangerschaft aufgrund des typischen Beschwerdebildes relativ gut stellen. Eine Sicherung der Diagnose durch die Endoskopie ist zunächst nicht erforderlich. Vielmehr muss eine Schwangere, die über Sodbrennen klagt, unverzüglich adäquat behandelt werden. Ein Abweichen von diesem pragmatischen Vorgehen ist nur angezeigt, wenn nach 2- 3-tägiger Behandlung der Therapieeffekt ungenügend bleibt oder wenn **Komplikationen** wie blutiges Erbrechen, Blutstuhl oder Schluckbeschwerden auftreten oder vermutet werden.

Beim Auftreten von Refluxbeschwerden, falls sie nicht nur gelegentlich oder in milder Form auftreten, sollte eine konsequente konservative **Therapie** einsetzen. Zu den **allgemeinen Maßnahmen** gehört das Schlafen mit erhöhtem Oberkörper, das Tragen weiter, nicht beengender Kleider, das Vermeiden des Bückens sowie der Horizontallage nach dem Essen.

Diätetisch ist eine eiweißreiche fettarme Nahrung zu bevorzugen, die in 5- 6 kleinen Portionen über den Tag verteilt gegessen wird und wobei die letzte Mahlzeit spätestens zwei Stunden vor dem Zubettgehen eingenommen werden darf. Weiterhin sind alle Faktoren zu vermeiden, die das Verschlussventil weiter schwächen oder häufiger Sodbrennen auslösen.

Tab. 2: Diätetische Maßnahmen

1. Eiweißreiche, fettarme Speisen (in 5-6 Portionen)
2. Vermeiden: große Mahlzeiten, Verstopfung
3. Vermeiden: scharfe Gewürze, röststoffreicher Kaffee, Zitrusgetränke, Tomatensaft, Karminativa (Pfefferminztee), Alkohol, Süßigkeiten (Schokolade), Kohlensäurehaltige Getränke, Nikotin

In der **medikamentösen Therapie** werden heute außerhalb der Schwangerschaft in der Regel Protonenpumpenhemmer eingesetzt, die über eine Hemmung der Magensäureproduktion am effektivsten die Symptome beherrschen und eventuelle Schleimhautdefekte zur Abheilung bringen. Man beginnt mit der Standarddosis, um diese dann bei unzureichender Wirkung zu erhöhen oder aber – das ist die Regel – in der Langzeittherapie auf die individuelle Erhaltungsdosis zu reduzieren (**Step-down-Therapie**). In der Schwangerschaft sollte man allerdings derzeit dieses Vorgehen noch vermeiden. Dieses gilt für die seit 1990 eingesetzten Protonenpumpenhemmer, aber auch für die seit 1970 verabreichten H₂- Rezeptor-Antagonisten, die ebenfalls die Säuresekretion hemmen. Diese Substanzen passieren die Plazenta und sind auch in Spuren in der Muttermilch nachweisbar. Da grundsätzlich jede Substanz Missbildungen hervorrufen kann, sollten in der Schwangerschaft die Präparate bevorzugt werden, die am längsten eingeführt sind und bei denen deshalb am ehesten Nebenwirkungen gesehen worden wären. Da also nur begrenzte Erfahrungen mit diesen Medikamenten vorliegen, empfiehlt es sich, zuerst auf die praktisch risikofreie Therapie mit **Antazida** zurückzugreifen. Alternativ können auch Filmbildner (Gaviscon), Sucralfat und motilitätswirksame Substanzen, letztere besonders bei begleitender Übelkeit und im ersten Schwangerschaftsdrittel nur unter strengen Gesichtspunkten, eingesetzt werden.

Immer zusätzlich zu den allgemeinen und diätetischen Maßnahmen sind Antazida in normalen Dosen jeweils eine Stunde nach jeder Mahlzeit sowie bei Auftreten von Beschwerden zu geben. Da Antazida nur die bereits gebildete Magensäure neutralisieren, ist der Effekt nicht so selten unbefriedigend und man ist veranlasst, jetzt den Weg des Step-up-Prinzips zu gehen und **H₂-Blocker** (z. B. Cimetidin, Ranitidin) oder **Protonenpumpenhemmer** (z. B. Omeprazol) einzusetzen. Es sei hier angemerkt, dass bei diesen beiden potenten Substanzgruppen embryotoxische oder teratogene Wirkungen in der Schwangerschaft bisher nicht beschrieben wurden.

Mit diesen konservativen Maßnahmen lässt sich die Refluxkrankheit in der Schwangerschaft in fast allen Fällen gut beherrschen, eine endoskopische oder operative Intervention, z. B. bei schweren Blutungen, ist die Ausnahme. Die kindliche Prognose ist durch diese Erkrankung nicht beeinträchtigt, die Refluxbeschwerden verschwinden spontan nach der Entbindung. Auch ist die Langzeitprognose der Refluxkrankheit, die während der Schwangerschaft auftritt, als günstig einzustufen.

2. Übelkeit und Erbrechen

Übelkeit (**Nausea**), Erbrechen (**Emesis**) und Appetitstörungen sind häufige Symptome in der Frühschwangerschaft, die als „schwangerschaftstypische“ Beschwerden angesehen werden. Die Häufigkeit des Auftretens von Übelkeit (50- 90 %) und Erbrechen (25- 50 %) wird beeinflusst vom Alter (geringeres Risiko mit zunehmendem Alter), Übergewicht, Essstörungen, Allergien, Zwillingsschwangerschaften und weiteren Faktoren. Diese Symptome beginnen gewöhnlich in der 6. Woche, zwischen der 10. und 16. Woche sind sie am stärksten ausgeprägt und hören meistens vor der 20. Schwangerschaftswoche spontan auf.

Derartige Beschwerden, die bevorzugt morgens auftreten (seltener ist eine kontinuierliche oder abendliche Symptomatik) und in der Regel leicht sind, bedürfen keiner speziellen Therapie. Eine Ernährungsberatung und die Gabe von Vitamin B₆ können hilfreich sein.

Das **Erbrechen** ist keine eigenständige Erkrankung, sondern ein unspezifisches Symptom, das sich mit einer Vielzahl von Erkrankungen aus nahezu sämtlichen Fächern der Medizin in Verbindung bringen lässt. So sind z. B. auch Übelkeit und Erbrechen häufige Begleitsymptome der Refluxkrankheit. Bei ungewöhnlicher oder sich verschlimmernder Symptomatik, insbesondere nach der 12. Schwangerschaftswoche, müssen also auch andere Erkrankungen, die von der Schwangerschaft abhängig oder unabhängig sein können, in die diagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

Selten ist heute das Krankheitsbild der **Hyperemesis gravidarum** (übermäßiges Schwangerschaftserbrechen) geworden, das sich nur noch bei 0,1-2 % der Schwangeren entwickelt. Die Gründe hierfür sind noch unklar und auch für die Ursachen des Krankheitsbildes gibt es bisher keine befriedigende Erklärung. Die Hyperemesis ist gekennzeichnet durch andauerndes, nicht stillbares Erbrechen sowie Übelkeit während des gesamten Tages und der Nacht, unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Es kann sich ein klinisches Bild entwickeln, das durch Gewichtsabnahme, Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalts sowie ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl gekennzeichnet ist. Im Gegensatz zur Emesis ist die Hyperemesis gravidarum krankhaft und bedarf der fachärztlichen Therapie.

3. Obstipation

Ebenso wie das Erbrechen ist auch die Verstopfung (**Obstipation**) keine Krankheit an sich, sondern ein Leitsymptom zahlreicher in- und außerhalb des Darmtrakts gelegener Krankheiten. Funktionelle Ursachen sind häufiger als organische, die auszuschließen sind und behandelt werden müssen. Es kann eine verzögerte Passage im Dickdarm oder eine Entleerungsstörung des Enddarms vorliegen. Bei der Darmträgheit stehen Beschwerden wie zu harter und zu seltener Stuhlgang, bei der Entleerungsstörung die Notwendigkeit starken Pressens und das Gefühl der unvollständigen Darmentleerung im Vordergrund. Die Obstipation ist eine der häufigsten Funktionsstörungen des Verdauungskanal. Etwa 2 % der Bevölkerung klagen darüber, im Alter sind es bis zu 20 %.

Definiert ist eine derartige chronische Obstipation durch: weniger als 2 Stühle pro Woche, harter Stuhl, starkes Pressen beim Stuhlgang, Gefühl der unvollständigen Entleerung.

Ebenso wie Sodbrennen und Übelkeit und Erbrechen ist auch die **Obstipation** eine relativ häufige Begleiterscheinung (etwa 10- 15 %) der **Schwangerschaft**. Sie gilt als geradezu typisch für die Schwangerschaft, die zudem mit Fortschreiten der Schwangerschaft zunehme und eine vorbestehende Verstopfung verstärke. Mehrere Gründe werden für das Entstehen der schwangerschaftsbedingten Obstipation diskutiert, im wesentlichen sind auch hier die ansteigenden Konzentrationen der Geschlechtshormone für den verzögerten Transport des Darminhalts verantwortlich.

Tab. 3: Begünstigende Faktoren

1. *mangelnde körperliche Bewegung*
2. *verminderte Ballaststoffzufuhr*
3. *reduzierte Flüssigkeitsaufnahme*
4. *Ansammlung von Flüssigkeit im Gewebe (Ödeme)*
5. *mechanische Effekte auf den Darm (wachsende Gebärmutter)*
6. *Schwäche der Bauchmuskulatur und des Beckenbodens (Mehrgebärende)*
7. *Einnahme von Eisenpräparaten wie von kalzium- und aluminiumhaltigen Antazida*
8. *Probleme bei der Stuhlentleerung (Hämorrhoiden, Fissur, Analthrombose)*

Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass nicht jede Obstipation als physiologische Begleiterscheinung der Schwangerschaft angesehen werden darf. Gerade auch in der Schwangerschaft müssen bei einer plötzlich aufgetretenen Obstipation oder einer deutlichen Änderung des Beschwerdebildes bei chronischer Obstipation organische Ursachen (z. B. Tumoren) ausgeschlossen werden.

Therapeutisch sollte bei der funktionellen Form der Verstopfung in der Schwangerschaft versucht werden, mit den einfachsten Mitteln auszukommen. Dazu gehören Veränderungen der Lebensweise und der Nahrung (schlackenreiche Kost). Zu empfehlen sind gut-bekömmliche Vollkorn-Getreidearten, frische und getrocknete Früchte, rohe und gekochte Gemüse und Salate, unterstützt durch eine reichliche Flüssigkeitszufuhr von 1,5-2 Liter. Bei Bedarf können Ballaststoffkonzentrate wie Füll- und Quellstoffe (z. B. Leinsamen, Weizenkleie, indischer Flohsamen) in einer Dosis bis zu 15 g pro Tag hinzugefügt werden.

Bei ungenügender Wirkung dieser milden „Abführmittel“ sind osmotisch wirksame Laxantien (wie Laktulose), aber auch die Gabe von Antrachinon-Derivaten (Sennoside) oder von Diphenylmethan-Derivaten (Bisacodyl, Natriumpicosulfat) angezeigt. Schädigende Effekte auf das Kind sind von diesen Substanzen bisher nicht bekannt geworden. Zur Entleerung des Enddarms sind CO₂-produzierende Zäpfchen oder Bisacodyl-Zäpfchen als sicher anzusehen.

4. Hämorrhoidalleiden

Unter Hämorrhoiden versteht man eine knotenförmige Erweiterung des im unteren Teil des Mastdarms gelegenen blutgefüllten Schwellkörpers. Verschiedene Schweregrade werden unterschieden: Bei Grad 1 bestehen innere, äußerlich nicht sichtbare (jedoch mit dem Endoskop) Knoten, bei Grad 2 treten die Knoten beim Pressen nach außen hervor, um sich dann wieder spontan in den Afterkanal zurückzuziehen, bei Grad 3 sind die Knoten bereits von außen sichtbar, sie lassen sich aber noch mit dem Finger in den After zurückschieben und bei Grad 4 sind die Hämorrhoiden auf Dauer nach außen vorgetreten.

Etwa die Hälfte der **Schwangeren** entwickelt mit zunehmender Schwangerschaft **Hämorrhoiden**, wobei es sich überwiegend um die Schweregrade 1 und 2 handelt, selten um Grad 3. Bei etwa 65-85 % treten die Hämorrhoiden erstmals während der Schwangerschaft auf, bei vorbestehenden Hämorrhoiden kommt es fast immer zur Verschlechterung im Verlauf der Schwangerschaft.

Als Ursachen dieser häufigeren Ausbildung von Hämorrhoiden in der Schwangerschaft werden eine hormonell gesteigerte Durchblutung und ein gestörter Blutabfluss durch die vergrößerte Gebärmutter sowie das verstärkte Pressen bei Vorliegen einer Obstipation angesehen.

Das führende **Symptom** des Hämorrhoidalleidens ist die hellrote **Blutung**. Weitere Symptome wie Juckreiz, Schmerzen, Brennen und Stechen in der Analregion weisen auf eine fortgeschrittene Erkrankung hin. Auch wenn die Hämorrhoidalblutung die häufigste Ursache einer perianalen Blutung ist, muss man auch in der Schwangerschaft an andere Blutungsquellen denken wie chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder Tumoren. Nicht zu verwechseln mit dem Hämorrhoidalleiden sind die akut, vor allem im Wochenbett, auftretenden schmerzhaften Thrombosen in den unter der Haut (subkutan) gelegenen Venen des Analrandes (perianale Thrombose), die bei Bedarf durch Stichinzision entfernt werden können, und die Analläppchen (Marisken), die in der Schwangerschaft und im Wochenbett entzündlich anschwellen können. Die Therapie des unkomplizierten Hämorrhoidalleidens ist zunächst konservativ. Sie besteht in der Durchführung von allgemeinen Maßnahmen (ballaststoffreiche Kost, ausreichend Flüssigkeit, körperliche Bewegung) sowie einer lokalen Behandlung mit entzündungshemmenden und schmerzlindernden Salben und Zäpfchen. In der Regel lässt sich hiermit die Symptomatik gut beherrschen. Da selbst ausgeprägte Veränderungen nach dem Wochenbett oft eine überraschend gute Rückbildungstendenz aufweisen, sollte man mit operativen Verfahren in der Schwangerschaft zurückhaltend sein. Nur bei schweren Blutungen oder massivem Vortreten des Enddarms (Prolaps) ist eine chirurgische Korrektur erforderlich.

5. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa werden wegen vieler Gemeinsamkeiten unter dem Oberbegriff chronisch entzündliche Darmerkrankungen zusammengefasst. Die entzündliche Darmschleimhaut findet sich beim M. Crohn vom Mund bis zum After, bevorzugt

jedoch im unteren Dünndarm, bei der Colitis ulcerosa im Dickdarm. Der Verlauf ist chronisch, akute Schübe wechseln mit beschwerdearmen Intervallen ab. Als Ursache dieser Krankheiten werden verschiedene, noch nicht vollständig geklärte Faktoren (erbliche Veranlagung, Umwelteinflüsse, immunologische Störungen usw.) diskutiert.

Von beiden CED ist überwiegend das Jugend- und frühe Erwachsenenalter betroffen. Somit ergibt sich häufig die Möglichkeit einer wechselseitigen Beeinflussung von **CED** mit Fruchtbarkeit (**Fertilität**) und **Schwangerschaft**.

Die Fertilität von Frauen mit CED ist in der Regel nicht beeinträchtigt, vor allem bei geringer Krankheitsaktivität und fehlenden Komplikationen. In Phasen mit erhöhter entzündlicher Aktivität, nach größeren operativen Eingriffen oder ausgeprägten Gewichtsverlusten kann jedoch – aus biologischer Sicht durchaus sinnvoll – die Fruchtbarkeit vorübergehend oder dauerhaft herabgesetzt sein, was sich z. B. im Ausbleiben der Regelblutung äußern kann. Wahrscheinlich ist die Fertilität bei Patientinnen mit Colitis ulcerosa, bei denen eine komplette Entfernung des Dickdarms (Kolektomie) und Anlage eines Dünndarmreservoirs (ileoanale Pouchanlage) vorgenommen wurde, häufiger langfristig vermindert. Wenn sich eine Schwangerschaft planen lässt, sollte diese wenn möglich in Ruhephasen der CED erfolgen, um optimale Bedingungen für die Empfängnis und den Verlauf der Schwangerschaft zu schaffen.

Basierend auf großen Sammelstatistiken kann man heute davon ausgehen, dass der **Verlauf der CED** weitgehend unabhängig von der Schwangerschaft ist und dass das Risiko einer Änderung der Krankheitsaktivität vergleichbar ist mit dem nicht schwangerer Patientinnen. Akute Schübe sind somit im Wesentlichen Ausdruck des natürlichen Krankheitsverlaufs.

Bei aktiver CED kann es sogar als Folge der hormonellen Veränderungen und weiterer Faktoren in der Schwangerschaft zu einer Besserung der Symptomatik kommen.

Des Weiteren ist der **Schwangerschaftsverlauf bei den CED** in über 80 % unkompliziert, gleichfalls den Erfahrungen bei gesunden Schwangeren entsprechend, und ebenso ist die Zahl der Fehlgeburten, der Fehlbildungen und der Totgeburten insbesondere in Ruhephasen bei den CED nicht erhöht. Je höher allerdings die Krankheitsaktivität, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit von Früh- und Mangelgeburten, aber auch von Fehl- und Totgeburten.

Letztendlich bestimmen Art, Ausdehnung und Schwere der zugrunde liegenden CED, die Aktivität zum Zeitpunkt der Empfängnis, aber auch psychologische Faktoren den Verlauf während der Schwangerschaft. Charakteristisch für die CED ist, dass sich Ruhephasen mit Phasen erhöhter entzündlicher Aktivität abwechseln. Ziel jeder **Therapie** muss es daher sein, möglichst lange Ruhephasen zu erzielen. Auch die Schwangerschaft sollte in Remissionsphasen geplant werden. Besteht zum Zeitpunkt der Empfängnis oder in der Frühphase der Schwangerschaft eine stabile Remission, kann versucht werden, auf Medikamente zur Rezidivprophylaxe zu verzichten. Bei akuten Schüben ist jedoch auch während der Schwangerschaft die medikamentöse Therapie angezeigt. Grundsätzlich gilt, dass Schwangerschaftsverlauf und Kind durch eine hohe Krankheitsaktivität mehr gefährdet werden als durch die medikamentöse Therapie. **Aminosalizylate (5-ASA)** und **Kortikosteroide** als Standardsubstanzen hemmen unspezifisch die entzündlichen Prozesse in der Darmschleimhaut. Der Einsatz von Medikamenten mit spezifischeren Angriffspunkten (**Immunmodulatoren**) ist in besonderen klinischen Situationen zu erwägen.

Bei den zur Verfügung stehenden vielfältigen Therapiemöglichkeiten werden auch bei den CED Step-up- und Step-down-Prinzip als stufenweise eskalierende oder als möglichst frühe aggressive Therapieansätze diskutiert. Wie bei der Refluxkrankheit der Speiseröhre ist derzeit auch hier der Step-up-Therapie der Vorzug zu geben. Denn Aminosalizylate und Kortikosteroide sind in der überwiegenden Zahl der Fälle in üblicher Dosierung wirksam und gelten als sichere Standardsubstanzen, die gegebenenfalls von der Empfängnis bis zum Wochenbett gegeben werden können. Azathioprin und 6-Mercaptopurin werden als relativ sicher angesehen, sie sollten deshalb bei chronisch aktivem Verlauf nicht abgesetzt werden. Auch wenn andere Immunmodulatoren wie z. B. Ciclosporin und Infliximab in zahlreichen Fallberichten als wahrscheinlich sicher beschrieben wurden, ist ihr Einsatz bei der insgesamt doch noch limitierten Datenlage in jedem Einzelfall zu prüfen und einer kritischen Analyse des Nutzen-Risikoprofils zu unterziehen.

Das therapeutische Vorgehen muss sich also einerseits nach der Lokalisation und vor allem nach der Aktivität der Erkrankung, andererseits nach dem Krankheitsverlauf richten. Gerade bei so variablen und komplexen Krankheitsbildern wie dem M. Crohn und der Colitis ulcerosa ist die engmaschige Betreuung während der Schwangerschaft durch den Gynäkologen und den Gastroenterologen absolut erforderlich, damit alle Aspekte des Zusammentreffens von Schwangerschaft und CED Berücksichtigung finden.

6. Akute Pankreatitis

Eine Störung der Funktion der Bauchspeicheldrüse, dem wichtigsten Lieferanten von Verdauungsenzymen, hat Konsequenzen für die Aufbereitung und Verdauung der aufgenommenen Nahrung. Von den verschiedenen Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

(Pankreas) kommt der Entzündung des Organs (akute Pankreatitis), eine durch verschiedene Ursachen hervorgerufene Zerstörung von Gewebsstrukturen als Folge selbstverdauender Prozesse, als der häufigsten Form auch in der Schwangerschaft klinisch die größte Bedeutung zu.

Die **akute Pankreatitis** während der **Schwangerschaft** ist nicht häufiger als bei nichtschwangeren Frauen und kann in jedem Lebensalter auftreten. Mehrgebärende erkranken deutlich häufiger als Erstgebärende, vorzugsweise im letzten Schwangerschaftsdrittel und im Wochenbett. Auslösender Faktor ist meistens ein Gallensteinleiden, toxische Ursachen wie Alkohol und Medikamente und weitere Gründe sind dagegen selten. Zur **Symptomatik** gehören fast immer Bauchschmerzen, gürtelförmig in den Rücken ausstrahlend, Übelkeit, Blähsucht und Bauchdeckenspannung. Das **klinische Bild** erfährt durch die Schwangerschaft keine Änderung und wird vom Ausmaß der Organschädigung bestimmt. In bis zu 85 % der Fälle ist die Pankreatitis leicht, selten sind schwere Verlaufsformen mit teilweiser oder totaler Zerstörung des Organs. Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren wie die Sonographie müssen die **Diagnose** bestätigen. Da Verlauf und Prognose der akuten Pankreatitis bei Beginn der Erkrankung generell nicht vorhersehbar sind, empfiehlt sich die Krankenhauseinweisung der Schwangeren. Die **Therapieprinzipien** sind die gleichen wie außerhalb der Schwangerschaft. Die Therapie bei bledem Verlauf beruht neben Nahrungsverzicht und adäquater Schmerzbehandlung vorrangig auf der Bilanzierung des Wasser- und Elektrolythaushalts. Abhängig von der Symptomatik sollte der orale Kostenaufbau relativ früh erfolgen.

Verfasser:

Prof. Dr. Hans Huchzermeyer
Wittemoor 12 a
32425 Minden

Bildnachweis
Titelbild: © iStockphoto.com/sampsyseeds



Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stowechsels und der Ernährung e.V.

Friedrich-List-Straße 13 • 35398 Gießen • Germany
Telefon: +49 641-9 74 81-0 • Telefax: +49 641-9 74 81-18
Internet: www.gastro-liga.de
E-Mail: geschaefsstelle@gastro-liga.de