Dr. Julia Kühl
Dr. Rebecca Königsdorfer
Frauenklinik
Kantonsspital Baden

Schwangerschaftsdermatosen – eine praxisbezogene Übersicht

Immer wieder stellen juckende Hautveränderungen, die in der Schwangerschaft auftreten, die betreuenden Ärztinnen und Ärzte vor differentialdiagnostische Probleme.
Zum einen gibt es physiologische Veränderungen, die typisch sind in der Schwangerschaft, dann bereits vorbestehende Dermatosen, die sich unter Umständen exazerbieren können, aber auch reine Schwangerschaftsdermatosen.
Die folgende Übersicht hilft, Klarheit auf einem Gebiet zu schaffen, in welchem sich die Geburtshelferinnen und Geburtshelfer oft nicht „zu Hause" fühlen.

Kasuistik

Eine 28-jährige IIG IP stellte sich bei uns erstmals in der 30+4 SSW vor mit Hautausschlag und Juckreiz. Anamnestisch haben die Effloreszenzen an den Extremitäten begonnen und sich im Verlauf auf Bauch und Rücken ausgebreitet. Es bestand ein hoher Leidensdruck. Kontakt mit erkrankten Personen oder Kindern wurde verneint. Ansonsten hatte die Patientin bis anhin einen unauffälligen Schwangerschaftsverlauf.

Klinisch zeigten sich multiple Papeln am gesamten Körper mit Betonung des Abdomens, dort insbesondere innerhalb der Striae distensae, und der proximalen Extremitäten, urtikarielle Veränderungen an den Kratzstellen sowie kleine Hämatome und petechiale Einblutungen an den Beinen (Abb. 1–4).

Die laborchemischen Abklärungen waren bis auf grenzwertig erhöhte Gallensäuren unauffällig, TORCH-Serologien zeigten keine frische Infektion und sonographisch bestand eine zeitgerecht gewachsene Schwangerschaft mit normaler Fruchtwassermenge. Ein dermatologisches Konsil bestätigte den Verdacht auf eine polymorphe Schwangerschaftsdermatose.

Eine Lokaltherapie mit Elocom Creme 0,1 % 1×/d, Optiderm Lotio bei Bedarf sowie Excipial U Lipolotio wurde begonnen, zusätzlich systemische Therapie mit Loratadin 10 mg 1×/d p.o. und Tavegyl 1 mg 1×/d p.o. Darunter

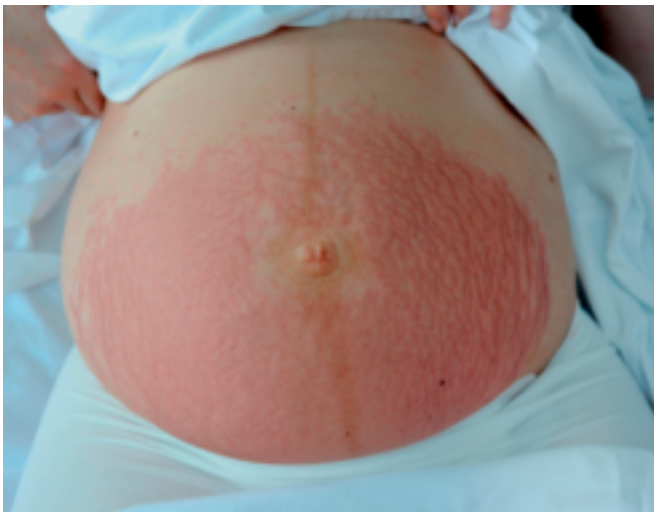

Abb. 1. Polymorphe Schwangerschaftsdermatose (PSD)

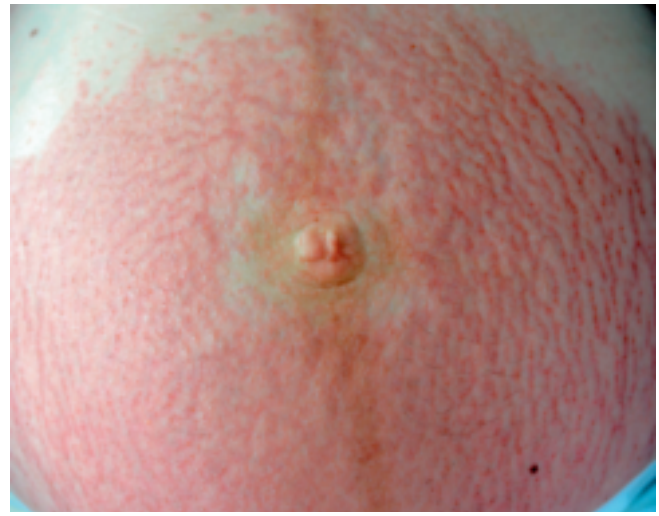

Abb. 2. Nahaufnahme

Tab. 1. Einteilung der schwangerschaftsbedingten Hauterkrankungen (mit Synonyma) nach Ambros-Rudolph et al. 2006, ergänzt durch den Pruritus sine materia

Hauterkrankung	Synonym	Zu Grunde liegende Krankheiten	Hauteffloreszenz
Polymorphic eruption of pregnancy (PEP)	• Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPP) • polymorphe Schwangerschafts-Dermatose (PSD)		ja
Pemphigoid gestationis (PG)	• Herpes gestationis		ja
Pruritus gravidarum	• Prurigo gravidarum	• Intrahepatische Schwangerschaftscholestase • Pruritus sine materia	nein
Atopic eruption of pregnancy (AEP)	• Ekzeme in der Schwangerschaft	• Atopisches Ekzem • Prurigo gestations • Juckende Follikulitis	ja

zeigte sich eine Regredienz der Effloreszenzen, der quälende Juckreiz jedoch blieb, weshalb eine Kurztherapie mit Prednison 20 mg Tbl. p.o. 3×1 für 3 Tage, 2×1 für 3 Tage, 1×1 für 3 Tage durchgeführt wurde. Darunter kam es zu einer deutlichen Symptomlinderung und die weitere Schwangerschaft verlief problemlos. Die Patientin gebar termingerecht einen gesunden Knaben.

Hautveränderungen in der Schwangerschaft

Übersicht über die Schwangerschaftsdermatosen

Schwangerschaftsspezifische Dermatosen haben ein gemeinsames Leitsymptom, sie sind alle stark juckend.

Die vier typischen Dermatosen werden in Tabelle 1 kurz charakterisiert.

Reine Schwangerschaftsdermatosen sind insgesamt selten und müssen einerseits von den physiologischen Veränderungen wie z.B. Striae distensae, Spider nävi, Hyperämie der Schleimhäute oder Hyperpigmentierung und andererseits von nicht schwangerschaftsspezifischen Hautveränderungen wie vorbestehenden Dermatosen, atopischem Ekzem oder Allergien abgegrenzt werden. Allerdings ist bei atopischer Disposition eine Exazerbation in der Schwangerschaft nicht selten, deshalb wird die „atopic eruption of pregnancy“ zu den Schwangerschaftsdermatosen dazugezählt.

Polymorphe Schwangerschafts-Dermatose (PSD) (Abb. 1–4)

- **Synonym**: **PUPP**, v.a. USA („pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy“)
  oder **PEP**, v.a. europäischer Sprachraum („polymorphic eruption of pregnancy“)
- **Inzidenz**: 1:160 bis 1:200, ***häufigste Schwangerschafts-Dermatose***
- **Wann**: 2./3. Trimenon
- **Klinik**: Juckreiz, polymorphe Hautveränderungen aber keine Bläschen, primär am Abdomen, insbesondere

Abb. 3. Exanthem an der Hand

Abb. 4. Hämatome und Petechien am rechten Bein

Abb. 5. Pemphigoid gestationis (PG)

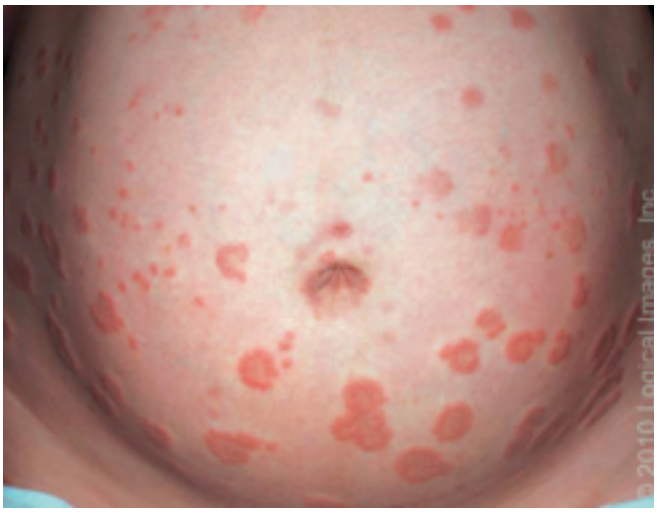

Abb. 6. Herpes gestationis

innerhalb der Striae distensae, häufig periumbilikale Aussparung, Ausbreitung auch an Oberschenkel, Oberarme, Gesäss, Stamm

- **Ätiologie** / **Pathogenese:** unklar
- **Diagnosestellung:** Anamnese und Klinik
- **Verlauf**: ungefährlich, jedoch hoher Leidensdruck, z.T Geburtseinleitung notwendig, spontane Rückbildung postpartal

Tab. 2. Therapie-Stufenschema mit Wirkstoff / Präparatenamen und Dosierung

Therapie	Wirkstoffe	Produkte in der CH	Dosierung
Lokal pflegend / beruhigend / kühlend	Mandelöl-Lotion Urea-Lotion Polidocanol-haltige Crème Polidocanol-Harnstoff	Antidry Excipial U Lipolotio Optiderm Lotion	Generell 1–2× täglich
Antihistaminika	Clemastin Cetirizin	Tavegyl Zyrtec	2–3×1 mg/d p.o. 1×10 mg/d p.o.
Topische Glukokortikoide	Prednicarbat 0.25 % Mometason 0.1 %	Prednitop Elocom	2× täglich 2× täglich
Systemische Glukokortikoide	Prednison 20 mg		3×1 Tbl/d für 3d, dann 2×1 Tbl/d für 3d, dann 1×1 Tbl/d für 3d Oder gewichtsadaptiert 20 mg/kg KG

- **Rezidivrisiko:** in weiteren Schwangerschaften **selten**
- **Therapie**: gemäss Stufenschema (Tab. 2). Lokale Pflege, Antihistaminika, bei Bedarf topische Glukokortikoide (schwache bis mittelstarke). Selten systemische Glukokortikoide notwendig.

Pemphigoid gestationis (PG) (Abb. 5 und 6)

- **Synonym: Herpes gestationis (KEINE Herpes-bedingte Erkrankung!)**
- **Inzidenz**: 1:2000–1:60.000
- **Wann**: Spät-Schwangerschaft und postpartal
- **Klinik:** Plötzlicher Beginn, Juckreiz, blasige Hautveränderungen, z.T. auf erythematösem Grund, Ursprung: *Nabelregion, keine Assoziation zu den Striae*, Schleimhäute und Gesicht bleiben meist frei
- **Ätiologie / Pathogenese:** Autoantikörper gegen Hemidesmosomen, Assoziation mit HLA-DR3 und HLA-DR4
- **Diagnosestellung:** Anamnese, Klinik, Sicherung mit Hautbiopsie und Immunfluoreszenz
- **Verlauf**: Häufig bis zum Termin regredient, jedoch meist peri-oder postpartal flare-up. Schwerwiegende, jedoch selbstlimitierende Erkrankung.
  Assoziation mit Spätabort, Frühgeburt, SGA, v.a. bei early onset!
  Beim Neugeborenen leichte PG-Hautmanifestation aufgrund plazentagängiger maternaler AK beschrieben
- **Rezidivrisiko: erhöht!** In der Folge-Schwangerschaft sowie auch prä- und perimenstruell (Kontraindikation für hormonelle Kontrazeption!)
- **Therapie:** topische mittelstarke Glukokortikoide, Antihistaminika. Bei massiver Blasenbildung systemische Glukokortikoide gewichtsadaptiert.

Intrahepatische Schwangerschafts-Cholestase (ISC)

- **Synonym: Pruritus gravidarium, Prurigo gravidarum**
- **Inzidenz:** 1:50–1:5000, häufiger bei Mehrlingen
- **Wann:** im 3. Trimenon

Abb. 7. Atopisches Ekzem in der Schwangerschaft

- **Klinik:** generalisierter Juckreiz, insbesondere nachts (zunächst palmo-plantar, dann am Stamm). Sekundäre Hautveränderungen durch Kratzen
- **Ätiologie / Pathogenese:** hormonell getriggerte Cholestase (v.a. Progesteron), genetische Prädisposition im MDR3-Gen. Juckreiz durch Anstieg der Gallensäuren im Serum (über 11 mmol/l) und Ablagerung in der Haut.
- **Diagnosestellung**: Anamnese, Klinik, Gallensäure **nüchtern**:
  Werte >10 mmol: SS-Cholestase wahrscheinlich,
  >20 mmol: gesichert
- **Verlauf**: Fetales Risiko durch kardiodepressive Effekte und damit Hypoxierisiko aufgrund erhöhter Gallensäuren, **Früh- und Totgeburtsrate deutlich erhöht!** Höhe der Gallensäuren korreliert mit fetaler Gefährdung, rasanter Anstieg der IUFT-Rate bei > 40 mmol/l. Einleitung / Entbindung um 38. SSW empfohlen
- **Rezidivrisiko:** in Folge-Schwangerschaft **erhöht**
- **Therapie**: Ursodesoxycholsäure, z.B Ursofalk Tbl à 500 mg 2×2/d, De-Ursil Kps à 450 mg 2×2/d. Reduzierung des Juckreizes UND Verbesserung der fetalen Prognose! Antihistaminika (siehe auch: …„*wussten Sie schon…*“ in diesem Heft).

Kernaussagen

- Dermatologisches Konsil bei allen unklaren Hautbefunden empfohlen.
- Bei klinisch unklaren Befunden sowie bei möglichen Dermatosen mit fetaler Gefährdung auch bei Schwangeren Hautbiopsie durchführen.

Atopisches Ekzem in der SS (Abb. 7)

- **Synonym: Atopic eruption of pregnancy (AEP)**
- Keine schwangerschaftsspezifische Erkrankung, jedoch mit am Abstand häufigste Ursache für Juckreiz, ekzematöse und papulöse Hautveränderungen in der Schwangerschaft. Atopisches Ekzem, Prurigo gestationes und juckende Follikulitis zeigen deutliche klinische Überlappungen, so dass sie unter AEP zusammengefasst werden.
- **Inzidenz**: 1:5–1:20
- **Wann**: häufig im 1./2. Trimenon
- **Klinik:** juckende Papeln und Knötchen, flächig-ekzematös, Prädilektionsstellen Gesicht, Hals, Dekolleté, Gelenkbeugen. Keine Assoziation zu Striae.
- **Ätiologie / Pathogenese:** unbekannt, genetische Veranlagung für Atopien mit an das HLA-System gekoppelter Überempfindlichkeit ist von Bedeutung
- **Diagnosestellung**: Anamnese, Klinik. Histologie unspezifisch
- **Verlauf**: Erstmanifestation in der Schwangerschaft häufig (80 % der Fälle), auch Verschlechterung in der Schwangerschaft möglich. Keine fetale Gefährdung. Rezidivrisiko hoch.
- **Therapie:** rückfettende Massnahmen, symptomatische

Lokaltherapie, Antihistaminika. Teils auch topische Glukokortikoide notwendig. In schweren Fällen Lichttherapie und systemische Glukokortikoide.

Literatur

1. Ambros-Rudolph CM., et al., J. Am. Acad. Dermatol. 2006;54: 395–404.
2. Seele P., et al., Aktuelle Dermatologie 2003; 29:131–136.
3. Müller-Wiefel S. et al., Der Gynäkologe 2012; 45:413–420.
4. Keltz Pomeranz MD. et al., UpToDate; Feb 2013.
5. Zimmermann R. et al., Handbuch Geburtshilfe Universitätsspital Zürich.

Andreamag®

Brausetabletten

Hochdosiertes Magnesium 300 mg (12,3 mmol)

- 1x täglich
- mit Himbeer- oder Orangenaroma
- kassenpflichtig

Wirkstoff: Magnesium 300 mg (12,3 mmol). **Indikationen:** Magnesiummangel, zur Deckung eines erhöhten Bedarfs während der Schwangerschaft und Stillzeit, im Hochleistungssport, Neigung zu Wadenkrämpfen und Muskelzuckungen, bei Eklampsie und Präeklampsie, tachykarden Herzrhythmusstörungen. **Dosierung:** Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren: 1x täglich 1 Brausetablette. **Kontraindikationen:** Niereninsuffizienz, AV-Block, Exsiccose. **Interaktionen:** Tetracycline, Eisensalze, Cholecalciferol. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich Durchfall. **Packungen:** 20 und 60 Brausetabletten. Liste D. **Kassenpflichtig.** Ausführliche Informationen im Arzneimittelkompendium der Schweiz.

Andreabal AG, 4123 Allschwil, Telefon 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

ANDREABAL