

Analgetika und Triptane in der Schwangerschaft

Die Situation bezüglich der Anwendung von NSAR in der Schwangerschaft ist ausgesprochen komplex, die Datenlage zum Teil widersprüchlich. Grundsätzlich ist eine individuelle Abwägung des Risikos jeglicher Medikation in der Schwangerschaft mit dem zu erwarteten Benefit notwendig – Pauschalempfehlungen können folglich nicht gemacht werden. Zu unterscheiden sind einerseits der Einfluss von Medikamenten auf die Gestation und andererseits teratogene bzw. Embryotoxische Effekte.

Im Gegensatz zu Indometacin scheint die durch Acetylsalicylsäure induzierte Prostaglandinsynthese nicht zu einer Hemmung der Follikelruptur zu führen und scheint sich bei In-vitro-Fertilisationsbehandlung möglicherweise sogar positiv auf die Erfolgsrate auszuwirken, Indometacin hingegen hemmt die Fertilität wahrscheinlich. Nach der Fachinformation kann Ibuprofen bei Berücksichtigung dieser Abwägung im 1. und 2. Trimenon eingesetzt werden, sollte im 3. Trimenon jedoch nicht gegeben werden. Nach der Fachinformation darf Acetylsalicylsäure im 1. und 2. Trimenon nicht gegeben werden „es sei denn es ist eindeutig nötig“.

Für Acetylsalicylsäure werden beim Einsatz in der Schwangerschaft positive Effekte in den Indikationen Präeklampsie und Verhinderung thrombembolischer Komplikationen berichtet. Ein Zusammenhang zu Fehlbildungen ist für Acetylsalicylsäure bislang nicht belegt. In der Spätschwangerschaft wird niedrig dosiertes Acetylsalicylsäure (100 mg/die) als sicher angesehen, gleichwohl ca. 50% der maternalen Konzentration im fetalen Kreislauf erreicht wird und auch dort die Plättchenaggregation hemmt. Dies erklärt ältere Befunde einer Erhöhung der Rate intrakranieller Blutungen.

Indometacin und Ibuprofen werden postnatal therapeutisch zur Induktion eines Verschlusses eines offenen Ductus arteriosus botalli eingesetzt, Acetylsalicylsäure nicht, da der Effekt hierzu geringer ist. Insgesamt scheint die Einzelgabe einer analgetischen Dosis Acetylsalicylsäure in der Schwangerschaft vertretbar, alternativ

kann ein Triptan eingesetzt werden. Hier gibt es keine Hinweise auf relevante Teratogenität oder Frühgeburtslichkeit – eine Zulassung für den Einsatz in der Schwangerschaft besteht jedoch bei keinem der Triptane. Empfohlen wird in den meisten Übersichtsarbeiten zum Thema die Gabe von Paracetamol. Hierbei muss allerdings bedacht werden, dass Patientinnen mit schweren Migräneanfällen, die diese außerhalb der Schwangerschaft mit hochdosierter Acetylsalicylsäure oder mit Triptanen behandeln häufig keinen ausreichenden Effekt von dieser Therapie haben werden. In einer randomisierten Studie wurde (außerhalb der Schwangerschaft) keine Überlegenheit von Paracetamol i.v. gegen Placebo gezeigt, so dass dies zumindest aufgrund der Datenlage keine überzeugende Option darstellt.

Abschließend kann gesagt werden, dass ein verantwortungsvoller Einsatz von Analgetika und Triptanen in der Schwangerschaft durchaus möglich ist, eine entsprechende Aufklärung ist jedoch notwendig. Dies deckt sich auch mit den Aussagen bei Embryotox.

Weiterführende Literatur:

de Swiet M, Fryers G. Review: The use of Aspirin in Pregnancy. J Obstetrics Gyn 1990;10:467-482

Schrör K. Acetylsalicylsäure. 2. überarbeitete Auflage 2011, Dr. Schrör Verlag, Frechen

Bingel U, Evers S, Reister F, Ebinger F, Paulus W. Behandlung der Migräne und idiopathischer Kopfschmerzsyndrome in Schwangerschaft und Stillzeit DMKG Leitlinie Nervenheilkunde 2009; 28: 896–906

Leinisch E, Evers S, Kaempfe N, Kraemer C, Sostak P, Jürgens T, Straube A, May A. Evaluation of the efficacy of intravenous acetaminophen in the treatment of acute migraine attacks: a double-blind, placebo-controlled parallel group multicenter study. Pain 2005;117:396-400.

<http://www.embryotox.de>