

10.2 Hauterkrankungen in der Schwangerschaft

von <[Waltraud Anemüller](#)>

Inhalt

- 10.2.1 Physiologische Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft
- 10.2.2 Präexistente Dermatosen
- 10.2.3 Klassische Schwangerschaftsdermatosen
- 10.2.4 Therapiemöglichkeiten bei in der Schwangerschaft auftretenden Hauterkrankungen

Bei der Beurteilung von Hautveränderungen in der Schwangerschaft ist zunächst zu klären, ob es sich um physiologische Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft, um eine präexistente Dermatose, um eine klassische Schwangerschaftsdermatose oder um eine zufällig in der Schwangerschaft auftretende Dermatose handelt. Danach sollte eine Behandlung mit Externa ggf. Interna erfolgen, die in der Schwangerschaft zugelassen sind.

10.2.1 Physiologische Veränderungen im Rahmen der Schwangerschaft

Striae distensae

Entstehen durch starke Dehnung der Haut und durch hormonell (Steroide) bedingte Schädigung der elastischen Bindegewebsfasern. Sie imponieren zunächst als rote Streifen an Bauch, Brüsten und Oberschenkeln. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer weissen Färbung der Streifen wie bei Narbenbildung.

Hyperpigmentierungen

In der Schwangerschaft kommt es zu einer Stimulation von Melanozyten durch Östrogen, Progesteron und das Melanozyten stimulierende Hormon (MSH). Charakteristisch ist die vermehrte Pigmentierung der Brustwarzen, der Linea alba und der Genitalschleimhaut. Gehäuft treten braune Flecken im Gesicht auf (Melasma), die teilweise auch über die Schwangerschaft hinaus weiter bestehen können.

Hypertrichose

Aufgrund der in der Schwangerschaft verlängerten Anagenphase erscheint das Haupthaar zunächst dicker. Zwei bis drei Monate nach der Schwangerschaft fällt es in Form eines telogenen Effluviums wieder vermehrt aus. In der Schwangerschaft kann es auch zu einer vermehrten Gesichts- und Pubesbehaarung kommen.

Gefäßveränderungen

Es kommt zu einem vermehrten Auftreten von Naevi aranei, palmoplantaren Erythemen, Granulomata pyogenica, Varizen und Hämorrhoiden.

10.2.2 Präexistente Dermatosen

Tab. 1: Einfluss der Schwangerschaft auf präexistente Dermatosen:

Mögliche Verschlechterung	Mögliche Besserung
Infektionen: Candida-Infektionen, Kondylome, HIV-Erkrankungen, Lepra	Akne
Atopische Dermatitis	Psoriasis
Autoimmunerkrankungen	Sarkoidose
Metabolische Erkrankungen: Porphyria cutanea tarda, Acrodermatitis enteropathica	
Bindegewebserkrankungen: Ehlers-Danlos-Syndrom, Pseudoxanthoma elasticum	
Tumore: Neurofibromatose, Mycosis fungoides, metastasiertes Melanom	

10.2.3 Klassische Schwangerschaftsdermatosen

Zu den Schwangerschaftsdermatosen werden die Hauterkrankungen gezählt, die nur in der Schwangerschaft auftreten und nach Beendigung der Schwangerschaft sistieren. Hierzu zählen:

Tab. 2: Klassische Schwangerschaftsdermatosen:

Häufig (1:50-1:2000)	Selten (< 1:2000)
Polymorphes Exanthem der Schwangerschaft (PEP, PUPPP)	Schwangerschaftspemphigoid (Herpes gestationis, Pemphigoid gestationis)
Pruritus gravidarum	Pruritische Follikulitis
Prurigo gestationis	Impetigo herpetiformis (Pustulöse Psoriasis der Schwangerschaft, Typ Zumbusch)

Polymorphes Exanthem der Schwangerschaft (PEP)

(Synonym: Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP))

Im III. Trimenon Auftreten eines stark juckenden, teils urtikariellen, teils papulösen Exanthems, ausgehend vom Bauch, meist im Bereich von Striae distensae (Abb. 1) Es kann auf Oberschenkel und Armstreckseiten übergreifen. Häufig sind Erstgebärende betroffen. Da es auch mit Bläschen und anulären Hautveränderungen einhergehen kann, ist die DD zum Schwangerschaftspemphigoid manchmal schwierig. Labor unauffällig (Seele 2003, Ambros-Rudolph 2006).

Therapie

Steroidsalben der Klasse I oder II (1-2 x tgl, zusätzlich pflegende ggf. Polidocanolhaltige Salben)

Verlauf

Meist 4 Wochen anhaltend, Rückbildung nach Entbindung, keine Gefährdung des Kindes.



Abb. 1 Polymorphes Exanthem der Schwangerschaft (PEP) und Schwangerschaftsstreifen

Pruritus gravidarum

Quälender Juckreiz im III. Trimenon ohne spezifische Hautveränderungen, lediglich Kratzexkoriationen. Der Juckreiz wird durch eine intrahepatische Cholestase verursacht.

Labor

Eine Erhöhung des Bilirubins, der alkalischen Phosphatase und der Gamma-GT sind typisch, die Prothrombinzeit ist erhöht. Allerdings kann der Pruritus den serochemischen Veränderungen um Wochen vorausseilen.

Therapie

Ursodesoxycholsäure 8-10mg/kg/KG durch Gynäkologen, Polidocanolcreme, UVB-Bestrahlung (Kondrakiene 2005).

Verlauf

Der Juckreiz sistiert nach der Schwangerschaft, rezidiert aber bei künftigen Schwangerschaften und evt. bei der Einnahme von Kontrazeptiva. Eine Gefährdung des Kindes ist nicht gegeben.

Prurigo gestationis

Beginnend im II. Trimenon finden sich Prurigoknoten am Abdomen und an den Streckseiten der Extremitäten, die aufgekratzt werden und narbig unter Hyperpig-

mentierung abheilen. Die Prurigo gestationis tritt bei Patientinnen mit atopischer Diathese auf (Ambros-Rudolph 2006).

Labor

IgE häufig erhöht.

Therapie

Steroidsalben der Klasse I und II und Polidocanol-haltige Salben.

Verlauf

Sistieren nach Beendigung der Schwangerschaft, aber Wiederauftreten bei künftigen Schwangerschaften.

Schwangerschaftspemphigoid

(Synonym: Pemphigoid gestationis, Herpes gestationis)

Sehr stark juckende polymorphe Dermatose, die im II. und III. Trimenon, aber auch erst postpartal auftreten kann. Die Erkrankung beginnt an Bauch und Flanken, häufig zunächst in Form urtikarieller oder multiformer Plaques (Abb. 2a,b), erst später kommt es zur Ausbildung der für die Erkrankung typischen Blasen. Im Verlauf können auch Gesicht und Extremitäten, einschließlich Hände und Füße, betroffen sein.

Die Schleimhäute sind unauffällig. Es wird diskutiert, dass die Bildung zirkulierender IgG-1-Ak durch ein väterliches Antigen in der Plazentamatrix induziert wird (Ambros-Rudolph 2006).



Abb. 2a Schwangerschaftspemphigoid 30. SSW



Abb. 2b Schwangerschaftspemphigoid, 3 Tage nach Entbindung (Pat. v. Abb. 2a)

Labor/Histologie

In der direkten Immunfluoreszenz periläsionaler Haut Nachweis von C3 linear an der Basalmembran, in 30% auch IgG. Im Serum Nachweis der zirkulierenden Antikörper gegen BP-180-Antigen mittels Immunoblot und ELISA. Mit der üblichen Immunfluoreszenztechnik können nur 30% der zirkulierenden IgG-Antikörper nachgewiesen werden. Im Gegensatz zum Bullösen Pemphigoid korreliert die Krankheitsaktivität mit den Antikörpertitern.

Therapie

Prednisolon 0,3-0,5mg/kg/KG p.o., falls die externe Gabe von nichtfluorierten Steroidsalben und die interne Gabe von Antihistaminika nicht ausreichend sind. Ziel ist die Unterdrückung der Blasenbildung und die Besserung des oft unerträglichen Juckreizes.

Verlauf

Häufig Besserung der Erkrankung kurz vor der Entbindung und Aufflammen postpartal. Abheilung erst ca. 6 Monate nach Entbindung, selten längere Persistenz. Dann Ausschluss einer Blasenmole oder eines Chorionkarzinoms. Wiederaufflammen der Erkrankung unter Antikonzeptiva möglich. Bei zukünftigen Schwangerschaften besteht ein hohes Rezidivrisiko mit früherem Einsetzen der Erkrankung. Eine leichte Plazentainsuffizienz wird durch die Erkrankung gefördert. Durch placentare Übertragung der IgG-Antikörper kommt es bei circa 5-10% der Neugeborenen zu urtikariellen oder blasigen Hautveränderungen, die nach einigen Wochen spontan abheilen.

Pruritische Follikulitis

Juckende, stammbetonte Follikulitis, die an eine Steroidakne erinnert und im II. und III. Trimenon auftreten kann. Labor: Unauffällig. Es wird ebenso wie bei der Prurigo gestationis eine atopische Diathese als ursächlicher Faktor diskutiert (Ambros-Rudolph 2006)

Therapie

Austrocknend, z.B. mit Tannin- und Poliodocanol-haltigen Cremes.

Verlauf

Sistieren nach Beendigung der Schwangerschaft. Rezidive bei späteren Schwangerschaften möglich. Keine Gefährdung des Kindes gegeben.

Impetigo herpetiformis

Es handelt sich um eine Psoriasis pustulosa generalisata von Zumbusch in der Schwangerschaft. Ausgehend von den Intertrigines hochakut verlaufende Psoriasis pustulosa mit Hypokalzämie, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit und Erbrechen. Gelegentlich Auftreten von Diarrhoen, peripheren Neuropathien und Nierenversagen. (Oumeish 2006).

Labor

BSG-Erhöhung, Leukozytose, Hypokalzämie, Hypalbuminämie.

Therapie

60-80mg Prednisolon/d. p.o. Enge Zusammenarbeit mit Internisten und Geburtshelfer. Evt. Beendigung der Schwangerschaft .

Verlauf/Prognose

Erkrankung ist lebensbedrohlich für Mutter und Kind.

10.2.4 Therapiemöglichkeiten bei in der Schwangerschaft auftretenden Hauterkrankungen

Hier soll das Vorgehen bei einer Auswahl von häufigen Dermatosen vorgestellt werden, deren Therapiemöglichkeiten durch die Schwangerschaft eingeschränkt werden oder deren Auftreten eine besondere Gefährdung für Mutter und Kind bedeuten können: Varizellen, Herpes zoster, Herpes simplex, Condylomata acuminata, bakterielle Hautinfekte, Skabies, atopische Dermatitis, Psoriasis, Acne vulgaris.

Zur Abklärung unklarer Dermatosen oder Tumore ist eine Probebiopsie unter Lokalanästhesie in jedem Schwangerschaftsstadium unbedenklich.

Varizellen

Infiziert sich eine Schwangere mit Varizellen (VZV), besteht bis zur 20. Woche die Gefahr eines fetalen Varizellensyndroms (Defekte an Haut, Augen, Nervensystem und Skelett). Das Risiko ist mit 2,2% gering. Bis zu 72 Stunden nach Kontakt einer seronegativen Mutter mit Windpocken kann VZV-Immunglobulin gegeben werden.

Bei Infektion der Mutter zwischen der 20.-36. Woche besteht das Risiko, dass eine Varizellen-Pneumonie der Mutter mit hoher Letalität auftritt. Deswegen sollte bei schwerem Krankheitsverlauf mit Fieber und reduziertem Allgemeinzustand frühzeitig mit Aciclovirinfusionen 5mg/kg/KG 3xtgl über 7 Tage, ggf. zusätzlich mit VZV-Immunglobulin, behandelt werden.

Peripartal besteht die Hauptgefahr darin, dass sich das Kind konnatal infiziert. Wenn im letzten Monat vor der Geburt Varizellen auftreten, muss die Geburt verzögert und ggf. mit VZV-Immunglobulinen behandelt werden. Bei geringstem Hinweis auf Infektion muss das Neugeborene mit Aciclovir behandelt werden.

Herpes zoster

Ein Zoster in der Schwangerschaft bedeutet in der Regel keine Gefahr für Mutter und Kind. Das Kind ist durch die mütterlichen Antikörper vor einer Infektion geschützt.

Herpes simplex Infektion

Ein unkomplizierter Herpes simplex bedeutet keine Gefahr für Mutter und Kind, eine disseminierte Infektion sollte mit Aciclovirinfusionen behandelt werden (5mg/kg/KG 3x tgl. über 7 Tage). Eine genitale Herpesinfektion am Entbindungstermin macht eine Sectio erforderlich, da die Gefahr eines für das Neugeborene lebensgefährlichen Herpes neonatorum besteht.

Condylomata acuminata

Bei Infektion der Mutter mit Kondylomen ist eine Sanierung der Mutter operativ (bipolarer Kauter, Laser, Kryotherapie) oder mit Trichloressigsäure anzustreben.

Eine Behandlung mit Imiquimod, Podophyllotoxin oder Interferon ist in der Schwangerschaft nicht möglich. Ohne Sanierung kann das Kind durch Infektion im Geburtskanal an Kondylomen oder Larynxpapillomen erkranken. Die Indikation für eine Sectio caesarea ist jedoch nur bei ausgedehnten Kondylomen, die ein mechanisches Geburtshindernis darstellen, gegeben (s. a. AWMF-Leitlinie Nr. 059/001 Condylomata acuminata und andere HPV-assoziierte Krankheitsbilder).

Bakterielle Hautinfektionen (Pyodermien)

Bakterielle Hautinfekte wie Impetigo, Furunkel oder Erysipel können in den üblichen systemischen Dosierungen mit Penicillinen, Cephalosporinen oder Erythromycin behandelt werden, lokal darf in der Schwangerschaft Fusidinsäure angewandt werden.

Mykosen der Haut

Als Lokaltherapeutika sind Nystatin und Clotrimazol als unbedenklich eingestuft. Eine interne Therapie sollte in der Schwangerschaft nicht durchgeführt werden.

Skabies

In der Schwangerschaft kann unbedenklich 5% Permethrin Creme angewandt werden. Alternativ sind Crotamiton und Benzylbenzoat erlaubt.

Acne vulgaris

Eine lokale oder systemische Therapie mit Retinoiden wie Adapalen, Tretinoin und Isotretinoin ist streng kontraindiziert. Benzoylperoxid, Erythromycin oder Azelainsäure können eingesetzt werden.

Atopische Dermatitis

Im ersten Trimenon besteht bei Anwendung von internen Steroiden die Gefahr von Spaltbildungen beim Kind, deswegen sollten auch in der Lokaltherapie nur Steroide verwendet werden, die wenig plazentagängig sind wie Methylprednisolon und Hydrocortison. Unterstützend können Triclosan-, Fusidinsäure- und Polidocanolhaltige Externa zur Anwendung kommen. Tacrolimus und Pimecrolimus dürfen in der Schwangerschaft nicht angewandt werden.

Urtikaria

Zur Behandlung der Urtikaria und anderer pruriginöser Erkrankungen sind im ersten Trimenon Dimetiden und Clemastin, im II. und III. Trimenon auch Cetirizin möglich.

Psoriasis vulgaris

Interne und externe Vitamin A-Derivate sind obsolet. Ohne Einschränkung können Hamstoff- und Ichtholan-haltige Externa verwandt werden. Bei Verwendung von Calcipotriol sollte nicht mehr als 100g pro Woche verbraucht werden, Salizylsäure großflächig nicht höher als 1-prozentig und Dithranol nicht großflächig. Bei der Therapie mit Steroiden gelten die gleichen Einschränkungen wie bei der atopischen Dermatitis. Damit sollte auch auf die Kombination von Calcipotriol mit Betamethason verzichtet werden.

Tab. 3: Dermatologisch relevante Pharmaka in der Schwangerschaft:

Mögliche Externa	Mögliche interne Pharmaka
Fusidinsäure, Erythromycin	Penicilline, Cephalosporine, Makrolide (Erythromycin)
Clotrimazol, Nystatin	Clemastin, Dimetiden, Cetirizin
Triclosan	Aciclovir
Benzoylperoxid	Prednisolon
Harnstoff, Schieferöle, Polidocanol	
Hydrocortison, Methylprednisolon	
Vit D-Analoga, Dithranol	
Permethrin	

Literatur

Ambros-Rudolph CM, Mullegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:395-404.

Castro LA, Lundell RB, Krause PK, Gibson LE. Clinical experience in pemphigoid gestationis: report of 10 cases. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:823-8. Epub 2006 Sep 14.

Fölster-Holst R, Ruffli T, Christophers E. Die Skabietherapie unter besonderer Berücksichtigung des frühen Kindesalters, der Schwangerschaft und Stillzeit. *Hautarzt* 2000; 51:7-13.

Kondrackiene J, Beuers U, Kupcinkas L. Efficacy and safety of ursodeoxycholic acid versus cholestyramine in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Gastroenterology* 2005; 129:894-901

Marculescu R, Richter L, Rappersberger K. Infektionen mit Herpes simplex und Varicella Zoster Viren in der Schwangerschaft. *Hautarzt* 2006; 57:207-16.

Oumeish OY; Parish JL. Impetigo herpetiformis. *Clin Dermatol* 2006; 24:101-104

Seele P, Göring HD. Polymorphic Eruption of Pregnancy (PEP) und ihre Abgrenzung zu anderen Schwangerschaftsdermatosen. *Akt.Dermatol* 2003; 29:131-136

Schaefer C Speilmann H. Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. Urban & Fischer Vlg. München, Jena; 7.Auflage 2006.

Weisshaar E, Witteler R, Diepgen TL, Luger TA, Stander S. Pruritus in der Schwangerschaft. Eine häufige diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Hautarzt* 2005; 56:48-57.