

Informationen für Patient*innen mit Idiopathischer Thrombozytopenie

Mehr Wissen über ITP und Schwangerschaft

Mehr Wissen über ITP

ITP und Schwangerschaft

Allgemeines

5% aller Frauen zeigen während der Schwangerschaft einen leichten Abfall der Thrombozytenzahl von ca. 15% (sog. Schwangerschafts-Thrombopenie). Die Thrombozyten sinken auf Werte von 120.000-150.000/ μ l (selten unter 100.000/ μ l). Dies betrifft besonders die späte Schwangerschaft. Die Ursache dieser Veränderung ist unbekannt, auf jeden Fall ist dieser leichte Abfall für Mutter und Kind völlig harmlos. Diese Patientinnen haben keine ITP!

Schwangerschaft und ITP

Auch wenn jede ITP-Patientin ihren eigenen, individuellen Krankheitsverlauf hat, beobachtet man doch häufig, dass die Thrombozytenwerte in der Schwangerschaft abfallen. Es kommt aber nur in seltenen Fällen zu bedrohlichen Situationen für die Mutter oder das Kind. Blutungsereignisse sind bei schwangeren ITP-Patientinnen eher ungewöhnlich. Solange die Thrombozytenzahl über 50.000/ μ l ist kommt es nur in ganz seltenen Fällen zu ernstesten Blutungen (incl. vaginalen Blutungen).

Während der gesamten Schwangerschaft sollten die Thrombozytenwerte regelmässig kontrolliert werden. Der betreuende Hämatologe sollte in enger Abstimmung mit dem Frauenarzt entscheiden, ob und wann eine spezifische Behandlung notwendig wird. Die geplante Art der Entbindung (Kaiserschnitt, vaginal) und andere Begleiterkrankungen müssen bei dieser Entscheidung berücksichtigt werden. Wenn man sich für eine medikamentöse Behandlung der Thrombozytopenie entscheidet, dann werden üblicherweise Steroide (anderer Name: „Kortison“), Immunglobuline und in seltenen Fällen auch Thrombozytenkonzentrate gegeben.

- Steroide (das ist der Name der Substanzgruppe) bzw. Prednison/Prednisolon (das ist der Name des am häufigsten verwendeten Wirkstoffs aus der Substanzgruppe der Steroide) sollen die immunologische Zerstörung der Thrombozyten bremsen
- Immunglobuline werden intravenös (d.h. in eine Vene) gegeben. Auch sie verhindern den immunologischen Abbau von Thrombozyten. Man kann Immunglobuline wiederholt in der Schwangerschaft anwenden, andererseits sollte jede Gabe genau abgewogen werden, handelt es sich doch um ein Präparat aus menschlichem Plasma mit den damit verbundenen Risiken.
- Thrombozytentransfusionen haben meist nur eine sehr kurze, wenige Stunden anhaltende Wirkung. Die transfundierten Thrombozyten werden genauso wie die körpereigenen rasch vom Immunsystem zerstört. Man gibt Thrombozytenkonzentrate nur in nicht mehr anders beherrschbaren Blutungssituationen.
- Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten (Eltrombopag – Revolade®, Avatrombopag – Doptelet®, Romiplostim – NPLATE®) sollten in der Schwangerschaft nicht gegeben werden, da Sicherheitsdaten fehlen und weil man befürchtet, dass die Substanzen über die Plazenta auf das Kind übergehen und dort Blutbildveränderungen auslösen können. 2020 wurde jedoch eine Studie publiziert, dass Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten zumindest zum Ende der Schwangerschaft vertretbar sind. Bei $\frac{3}{4}$ der Schwangeren wurde ein Anstieg der Thrombozytenzahl erreicht. Schwere Blutungen oder Thromboembolien traten nicht auf. Wenn der Entbindungstermin naht, keine Therapie bisher ausreichend angesprochen hat und

das Behandlungsteam mit dem „Rücken zur Wand steht“ wäre die Gabe eines Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten kein Behandlungsfehler.

Milzentfernung und Schwangerschaft

Manche Patientinnen, die auf die bisherigen ITP-Behandlungen nicht ansprechen und die schwanger werden wollen, fragen ob es noch weitere Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Milzentfernung erreicht bei einem guten Teil der Patientinnen einen Anstieg der Werte, leider nicht bei allen. Eine Vorhersage, wer auf die Milzentfernung ansprechen wird und wer nicht, ist auch kaum möglich. Hier muss man zusammen mit dem behandelnden Arzt das Für und Wider abwägen.

Rituximab und Schwangerschaft

Das Medikament Rituximab erreicht bei vielen Patientinnen einen Anstieg der Thrombozyten, aber nur bei $\frac{1}{4}$ hält der Thrombozytenanstieg auch nachher, wenn sie kein Rituximab mehr bekommen, dauerhaft an. Dennoch macht es Sinn, diese Möglichkeit mit der Patientin vor der Schwangerschaft zu besprechen. Da Rituximab für die ITP nicht zugelassen ist, sollte man vorher die Krankenkasse bitten, eine Erklärung zur Kostenübernahme auszusprechen.

Nebenwirkungen der Behandlung während der Schwangerschaft mit Kortison und Immunglobulinen

Steroide bzw. Prednison haben bei längerdauernder Anwendung deutliche Wirkungen auf den Stoffwechsel der Mutter. Sie werden jedoch in der Plazenta (Mutterkuchen) abgebaut, sodass sie das Kind gar nicht oder nur in geringen Mengen erreichen. Bei der Mutter können Steroide zu einer Gewichtszunahme führen, zu Blutdruckveränderungen und Blutzuckeranstieg. Dies sollte durch den betreuenden Frauenarzt regelmässig kontrolliert und ggf. behandelt werden.

Immunglobuline können bei den ersten Behandlungen selten zu Unverträglichkeitsreaktionen (Schüttelfrost, Fieber, Rückenschmerzen, Blutdruckabfall) führen. Deshalb gibt man Immunglobuline langsam über eine Infusion und unter ärztlicher Aufsicht. Häufiger sind „subfebrile“ Temperaturen (unter 38°C), leichter Schwindel und Unwohlsein, diese Nebenwirkungen gehen zumeist schnell vorüber.

Vorsichtsmassnahmen

Eine schwangere ITP-Patientin muss keine speziellen Vorbeugemaßnahmen treffen, die über die Maßnahmen hinausgehen, die sie auch vor ihrer Schwangerschaft beachtet hat. Anstrengungen und schwere Arbeiten sollten vermieden werden. Die Patientin sollte keine Medikamente nehmen, ohne dies mit ihrem Arzt besprochen zu haben. Dies gilt generell für alle Schwangeren, auch ohne ITP.

Die Entbindung

Der Frauenarzt wird die Patientin bzgl. der sichersten Form der Entbindung und Schmerzmedikation unter der Entbindung beraten. Bei diesen Entscheidungen müssen eventuelle Blutungsereignisse bei vorhergehenden Entbindungen mitberücksichtigt werden. Die Entscheidung zur Sectio sollte nicht durch eine eventuell niedrige Thrombozytenzahl bei der ITP, sondern allein durch die geburtshilfliche Situation der Mutter bestimmt werden.

Frauen, die während der Schwangerschaft Steroide eingenommen haben müssen in den meisten Fällen vor der Entbindung die Dosis erhöhen. Immunglobuline können zu Beginn der Wehen verabreicht werden, wenn dann die Werte immer noch niedrig sind. Dadurch versucht man, die Thrombozytenzahl unter der Entbindung möglichst rasch zu erhöhen.

Zum Ende der Schwangerschaft sollten die Thrombozytenwerte höher liegen. Für die vaginale Entbindung werden Werte über 50.000/ μ L gefordert, für eine Sectio oder eine Leitungsanästhesie bei der Entbindung 70-80.000/ μ L. Im Ergebnis wird man zum Schwangerschaftsende den höheren Wert anstreben, damit man bei Problemen unter der Entbindung sofort „umsteigen“ kann. Eine Entbindung mit einer Saugglocke sollte vermieden werden. Das Baby könnte eine verminderte Thrombozytenzahl haben und durch die Saugglocke Blutungen erleiden.

Die Angaben zur Häufigkeit schwerer Blutungen bei ITP-Patientinnen schwanken zwischen 10 und 20%. Die Gabe von Thrombozytenkonzentraten sollte Notfällen und nicht anders stillbaren Blutungen vorbehalten bleiben.

Das Baby

Die ITP ist keine vererbte Erkrankung. Es ist aber möglich, dass die Antikörper der Mutter auch in das Blut des Babys während der Schwangerschaft übergegangen sind, sodass unter der Entbindung und bis zu einer Woche danach, das Baby niedrige Thrombozytenzahlen hat. In den allermeisten Fällen brauchen diese niedrigen Thrombozytenzahlen nur überwacht, aber nicht behandelt werden. Sollten Blutungen eintreten, oder wenn die Thrombozytenzahlen beim Baby sehr niedrig sind (man kann nach der Entbindung vom Kind selber eine Probe nehmen, sog. Skalpvenenblut), kann der Kinderarzt Immunglobuline geben, wonach die Thrombozyten rasch ansteigen. Wenn sich die Thrombozytenzahl des Babys normalisiert hat, sind keine weiteren Rückfälle zu erwarten.

Stillen

Es gibt keinen Grund, dass eine ITP-Patientin ihr Kind nicht stillen kann. Steroide stören nicht die Milchproduktion und bei den üblichen Dosierungen gehen nur minimalste Mengen in die Milch über.

Bei den Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten (Eltrombopag – Revolade®, Avatrombopag – Doptelet®, Romiplostim – NPLATE®) wird eine Anwendung im Wochenbett nicht empfohlen, weil es keine Daten gibt, ob nicht doch Spuren über die Muttermilch in das Kind gelangen können. Im Zweifelsfall sollte diese Problematik mit dem Arzt besprochen werden.

Weitere Schwangerschaften

Wenn vorherige Schwangerschaften mit Blutungen bei der Mutter oder dem Kind einhergegangen sind, dann besteht das Risiko, dass auch folgende Schwangerschaften nicht unproblematisch verlaufen werden. Bei Thrombozytenzahlen unter 10.000/ μ L, die auch durch eine Behandlung nicht angehoben werden können, rät man allgemein von einer Schwangerschaft ab.

A. Matzdorff