

Notfälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. C. Leimgruber Schenk
Leitende Ärztin Frauenklinik
Grabs



Notfälle in der Gynäkologie

- Blutungsstörungen
- Bauchschmerzen
- Unangenehmer Ausfluss



Blutungsstörungen

- Zyklusanamnese / Menstruationskalender
- Blutungsstärke
- Antikonception
- Mit / ohne Schmerzen
- Miktion / Defäkation



Extragenitale Ursache der Blutung

- Hämorrhoiden
- Blasenentzündung
- Malignom:
 - Anal
 - rektal
 - Blase
- Karunkel



Dysfunktionelle Blutungen

- Kein Blutungsmuster eruierbar
 - Blutungsstärke ist oft sehr subjektiv
 - objektivierbar mittels Hb Hk, Ferritin
- Klinische Untersuchung:
 - weiche Bauchdecke
 - US: oft bland, evtl. Ovarialzyste



- Probatorisch:
 - zyklische Oestrogen-Gestagen-Präparat
 - allenfalls zusätzlich Cyclokapron während den Blutungen
- DD:
 - Polyp: Zervix, Endometrium
 - Karzinom (Vulva, Zervix, Endometrium)
 - Chlamydien-Infekt (oft mit leichten Unterbauchschmerzen)



Akute, starke vaginale Blutung

- Bei alten Frauen:
 - oft eine hämorrhagische Zystitis
- Erstmalige Menorrhagie:
 - dysfunktionell,
 - perimenopausale Oligomenorrhoe
- Abortgeschehen
- Kohabitationsverletzung
- Genitaltrauma durch
 - Unfall
 - Missbrauch
 - Gewalt: Ehe / Partnerschaft



Untersuchung

- Blutungsquelle:
 - auf der Untersuchungsliège, wie zB beim Kathetrisieren
 - Vaginal, anal, urethral
 - Verletzungen ausschliessen
- Labor:
 - Hb, Hk, evtl. Ferritin
 - CRP
 - Chlamydien-PCR aus Urethra oder Vagina
 - SS-Test (falls positiv: Blutgruppe)



Akute vaginale Blutung

- Zuweisung zum Gynäkologen:
 - falls ein gynäkologisches Leiden wahrscheinlich ist
- Hospitalisation:
 - falls hämodynamisch wirksame Blutungen
 - Verletzung



Bauchschmerzen

- Akut einsetzend, chronisch, intermittierend, kolikartig, diffus, lokalisiert
- Einseitig / beidseitig
- Zyklusabhängig
- mittzyklisch,
 - prämenstruell,
 - Mens-abhängig
- Bewegungsabhängig
- Mit Begleitsymptomen wie:
 - Ausfluss
 - vag. Blutungen
 - Übelkeit, Erbrechen
 - Dysurie, Obstipation ...



Bauchschmerzen

- Akut einsetzend:
 - bei Amenorrhoe an SS denken: HCG → EUG
- Einseitig / beidseitig:
 - Adnexitis ist immer beidseitig und fast nicht möglich bei St. n. Tubensterilisation
- Akute meist einseitige Schmerzen, nach heftigen Bewegungen auftretend:
 - stielgedrehter Ovarialtumor
- In Zyklusmitte auftretend:
 - Ovulationsschmerz
 - rupturierte Ovarialzyste
- **Extragenital:** Appendizitis, Zystitis, Urolithiasis, Leistenhernie, Divertikulitis



Bauchschmerzen

- Anamnese:
 - Zyklusanamnese
 - Antikonzeption
- Gynäkologische Untersuchung
- Ultraschall:
 - Zyste
 - Hochaufgebautes Endometrium
 - Pyometra



Notfälle in der Schwangerschaft

- Im ersten Trimenon:
 - Bei jungen Frauen mit Bauchschmerzen, Blutungsstörungen, blutiger Ausfluss... immer auch an eine Schwangerschaft denken (SS-Test)
- Im 2. / 3. Trimenon
 - Vaginale Blutungen sind ernst zu nehmen
 - Bei BD↑ / Kopfschmerzen / Oberbauchschmerzen an Präeklampsie denken



Notfälle in der Schwangerschaft: ohne Zusammenhang mit SS

- Husten/Grippe/Erkältung:
 - «Alles» erlaubt
- HWI:
 - Penicilline, Fosfomycin
 - Bactrim (2. Wahl): zus. mit Folsäure 5 mg
 - Keine Chinolone



Notfälle in der Schwangerschaft: ohne Zusammenhang mit SS

- Allergie:
 - Antiallergika inkl. Cortisone sind erlaubt
- Unfall (mit Bauch-Trauma):
 - fetales Hämoglobin
 - Vitalität des Kindes
- Kopfschmerzen:
 - keine Triptane
 - Ausser: Imigran mit Vorbehalt



Infekt	Nichtschwängere			Schwangere		
	Lokal	Systemisch	Partner	Lokal	Systemisch	Partner
Bakt. Vaginose ¹	Fluocinonid Vag. Ovula 1x1, 6 Tage, oder Metronidazol Vag. Ovula 500 mg 2x1, 7 Tage, oder Clindamycin 2% Vag. Creme 1x1, 7 Tage	Metronidazol 500 mg 2x1 p.o., 7 Tage (caave Antabuseffekt), oder Clindamycin 300 mg 2x1 p.o., 7 Tage	Nein	Fluocinonid Vag. Ovula 1x1, 6d	Metronidazol 500 mg 2x1 p.o., 7 Tage, oder Clindamycin 300 mg 2x1 p.o., 7 Tage	Nein
Mykose ²	Gynocanesten oder GynoPevaryl Vag. Ovula 3 Tage, Creme 7 Tage	Fluconazol 150 mg p.o. Einmalosis	Nein	Gynocanesten oder GynoPevaryl Vag. Ovula 3d, Creme 7d	Nein	Nein
Trichomonaden	Nein	Metronidazol 2g p.o. Einmalosis	Metronidazol 2g einmal p.o.	Nein	Metronidazol 2 g p.o. Einmalosis	Metronidazol 2 g einmal p.o.
Chlamydien	Nein	Azithromycin 1g p.o. Einmalosis, oder Doxzyklin 100 mg 2x1 p.o., 7 Tage	Azithromycin 1g p.o. einmalig	Nein	Azithromycin 1 g p.o. einmalig (Erythromycin 500 mg 4 x 1g, 7d)	Azithromycin 1 g p.o. einmalig
Gonokokken	Nein	Ceftriaxon 250 mg i.m. einmalig	Ceftriaxon 250mg i.m. einmalig	Nein	Ceftriaxon 250 mg i.m. einmalig	Ceftriaxon 250 mg i.m. einmalig
Myko-Ureaplasmen ³	Nein	Azithromycin 1g p.o. einmalig	Nein	Nein	Azithromycin 1 g p.o. einmalig	Nein



www.embryotox.de Arzneimittelsicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit

www.embryotox.de



Orientierungstabelle zur Arzneimitteleinstufung

Klassifizierung des Medikaments in der 3. Schwangerschaftstrimester (SS) nach Schweregrad

Legende:

- 1. **Keine**: Im 3. Trimenon sind Medikamente in der Schwangerschaft und Stillzeit erlaubt, wenn sie bei der Mutter keine Nebenwirkungen verursachen und keine Gefahr für das Kind darstellen.
- 2. **Wichtig**: Bei Kindern können schwere Nebenwirkungen auftreten, die zu einer Behinderung oder zum Tod führen können.
- 3. **Kein**: Bei Kindern können schwere Nebenwirkungen auftreten, die zu einer Behinderung oder zum Tod führen können.
- 4. **Kein**: Bei Kindern können schwere Nebenwirkungen auftreten, die zu einer Behinderung oder zum Tod führen können.
- 5. **Kein**: Bei Kindern können schwere Nebenwirkungen auftreten, die zu einer Behinderung oder zum Tod führen können.

© Elsevier GmbH, Urban & Schwarzenberg, München/Leipzig, Stuttgart/Paris/Wien/Vienna. Aktualisiert: November 2010. In: Schwangerschaft und Stillzeit, S. 148, 2010.



Infekt	Nichtschwangere			Schwangere		
	Lokal	Systemisch	Partner	Lokal	Systemisch	Partner
Bakt. Vaginose¹	Fluomizin Vag. Ovula 1x1, 6 Tage, oder Metronidazol Vag. Ovula 500 mg 2x1, 7 Tage, oder Clindamycin 2% Vag. Creme 1x1, 7 Tage	Metronidazol 500 mg 2x1 p.o., 7 Tage (cave Antabuseffekt), oder Clindamycin 300 mg 2x1 p.o., 7 Tage	Nein	Fluomizin Vag. Ovula 1x1, 6d	Metronidazol 500 mg 2x1 p.o., 7 Tage, oder Clindamycin 300 mg 2x1p.o., 7 Tage	Nein
Mykose²	Gynocanesten oder GynoPevaryl Vag. Ovula 3 Tage, Creme 7 Tage	Fluconazol 150 mg p.o. Einmaldosis	Nein	Gynocanesten oder GynoPevaryl Vag. Ovula 3d, Creme 7d	Nein	Nein
Trichomonaden	Nein	Metronidazol 2g p.o. Einmaldosis	Metronidazol 2g einmal p.o	Nein	Metronidazol 2 g p.o. Einmaldosis	Metronidazol 2 g einmal p.o
Chlamydien	Nein	Azithromycin 1g p.o. Einmaldosis, oder Doxyzyklin 100 mg 2x1 p.o., 7 Tage	Azithromycin 1g p.o. einmalig	Nein	Azithromycin 1 g p.o. einmalig (Erythromycin 500 mg 4 x tgl. 7d)	Azithromycin 1 g p.o. einmalig
Gonokokken	Nein	Ceftriaxon 250 mg i.m. einmalig	Ceftriaxon 250mg i.m. einmalig	Nein	Ceftriaxon 250 mg i.m. einmalig	Ceftriaxon 250 mg i.m. einmalig
Myko-/Urea-plasmen³	Nein	Azithromycin 1g p.o. einmalig	Nein	Nein	Azithromycin 1 g p.o. einmalig	Nein

1) Therapie bei symptomatischer Patientin, wenn pH basisch und KOH+/Clue cells im Nativ. Bei asymptomatischer Patientin Therapie nur bei positivem Abstrich vor IUD-Einlage oder in der Schwangerschaft

Im I. Trimenon eher Lokaltherapie, im II. und III. Trimenon bei Frühgeburtsrisiko systemisch, sonst lokal

2) Therapie nur bei Symptomen oder in der Schwangerschaft

Bei sehr ausgeprägter Symptomatik oder Immunsuppression Lokaltherapie 14 Tage, resp. Wiederholung des Fluconazol nach 72h und ev. nach 144h.

Candida krusei: Lokaltherapie besser; Candida glabrata: wenig pathogen, bei Symptomatik Therapie nach Resistenzprüfung, da gegen die gängigen Animykotika oft Resistenzen bestehen.

Rez. Soor (> 4x/Jahr): Fluconazol 150 mg im Abstand von 72h insgesamt 3 Dosen, anschliessend 1x/Woche für 6 Monate.

3) Therapie nur bei Symptomatik bzw. in der Schwangerschaft bei Risiko für Spätabort oder Frühgeburt (keine Abstrichkontrolle, i.d.R. nur 1x therapieren in der SS)

Literatur:

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. AUWorkowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention SOMMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):

Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan S, Cochrane Database Syst Rev. 2013;1:CD000262

Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. AUCommittee on Practice Bulletins—Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynaecologists'. Obstet Gynecol. 2012;120(4):964

Betreffend Vaginal-Bakt-Behandlung in der Schwangerschaft bei Frühgeburtsrisiko:

In a 2013 Cochrane meta-analysis including 21 trials involving 7847 pregnant women with BV (symptomatic or asymptomatic) detected through screening, antibiotic therapy was highly effective in eradicating infection, but did not significantly reduce the odds of preterm birth at less than 37 weeks (OR 0.88, 95% CI 0.71-1.09) or the risk of preterm premature rupture of membranes (OR 0.74, 95% CI 0.30-1.84). Treatment initiated before 20 weeks of gestation also did not reduce the risk of preterm birth before 37 weeks (OR 0.85, 95% CI 0.62-1.17). When the Cochrane reviewers separately analysed the subgroup of women with a history of one or more prior preterm births (ie, women at high risk for preterm birth), the detection and treatment of BV still did not significantly reduce the risk of preterm birth (OR 0.78, 95% CI 0.42-1.48; 3 trials, 421 women).

In a 2011 meta-analysis of five randomized trials of asymptomatic women with BV at <22 weeks of gestation treated with clindamycin or placebo/no treatment, clindamycin therapy was associated with a reduction in preterm birth <37 weeks (3.7 percent [44/1183] versus 6.2 percent [72/1163]; fixed effects RR 0.60, 95% CI 0.42-0.86, random effects 0.64, 95% CI 0.39-1.05) and late miscarriage (0.3 percent [2/639] versus 1.9 percent [12/631]; RR 0.20, 95% CI 0.05-0.76). Subgroup analysis revealed that oral, not vaginal, clindamycin therapy was associated with a significant reduction in preterm birth (oral therapy RR 0.39, 95% CI 0.20-0.76; vaginal RR 0.73, 95% CI 0.47-1.14). The analysis included a mixed population of women at both low and high risk of preterm birth.

Based upon these data, we agree with the American College of Obstetricians and Gynaecologists' (ACOG), USPSTF, and CDC recommendations to not routinely screen and treat all pregnant women with asymptomatic BV to prevent preterm birth and its consequences.

Orientierungshilfe zur Arzneimittelauswahl

Klassifizierung der Medikamente in der Tabelle (Achtung! Hinweise am Tabellende beachten)

- 1 Mittel der Wahl**
Im Allgemeinen gut verträglich in der Schwangerschaft und Stillzeit. Auch diese Arzneimittel nur einsetzen, wenn Ihre Anwendung einer nichtmedikamentösen Therapie überlegen ist. Neonatale Anpassungsstörungen bei Psychopharmaka und Antiepileptika möglich
- 2 Mittel der Wahl**
Nur indiziert, wenn andere Therapiemöglichkeiten versagen; oft unzureichende Einnahme während Schwangerschaft und Stillzeit
- E Nur Einzeldosis**
Einzeldosis oder niedrige Dosierung für maximal 1 bis 3 Tage
- K Kontraindiziert**
Erwiesene Teratogenität oder Fetotoxizität oder Unverträglichkeit in der Stillzeit oder keine rationale Indikation während Schwangerschaft oder Stillzeit. Bei Anwendung ggf. erweiterte pränatale Diagnostik (s. entsprechendes Kapitel)
- T Potenziell toxisch**
Betrifft Embryo, Fetus, Neugeborenes oder gestillten Säugling. Anwendung nur im begründeten Einzelfall. Bei Anwendung ggf. erweiterte pränatale Diagnostik (s. entsprechendes Kapitel)

Arzneimittel	Embryonalperiode (SSW 1-12)	Fetalperiode (ab SSW 13)	Stillzeit	Arzneimittel	Embryonalperiode (SSW 1-12)	Fetalperiode (ab SSW 13)	Stillzeit
ACE-Hemmstoffe	T	K	2	Chloroquin/Hydroxychloroquin, antirheumatisch	2	1	2
Acetylcystein	1	1	1	Ciprofloxacin	2	2	2
Acetylsalicylsäure (Low-Dose unbeschädigt)	2/E	T/E	K	Clarithromycin	2	1	1
Aciclovir	1	1	1	Clemastin	1	1	1
Actretin	K	K	K	Clotrimazol	1	1	1
Aminoglykoside	T	T	2	Codein	1	1	1
Amiodipin	2	2	2	Co-trimoxazol	2	2	2
Amiflutylin	1	1	1	Cronoglicinsäure	1	1	1
Amphotericin B, systemisch	2	2	2	Cyproteronacetat	K	K	K
Antidepressiva, erprobte SSRI	1	1	1	Diazepam	1	1/E	T
Antidepressiva, erprobte trizyklische	1	1	1	Diclofenac	1	1/E	T/E
Antemisinin-Derivate	1	1	1	Digoxin/Digitoxin	1	1	1
AT-II-Rezeptor-Antagonisten (Sartane)	1	1	1	Dihydroergolamin	2	2	2
Atropin	1/E	1/E	1/E	Dihydroergolamin	2	2	2
Azathioprin	2	2	2	Diltiazem	2	2	2
B-Rezeptoren-Blocker	2	2	2	Dimenhydrinat	1	1	1
B-Sympathomimetika (Inhalation)	1	1	1	Dimetinden	2	2	2
Biperiden	2	2	2	Doxercylin	2	2	2
Bromocriptin	2	2	2	Doxycyclin	2	2	2
Butyrisoprolamin	2	2	2	Doxycyclin	2	2	2
Carbegolin	2	2	2	Ergastaminatriat	T	T	T
Carbamazepin	1	1	1	Erythromycin	1	1	1
Carbamazol	2	2	2	Estragene (als Kontrazeptiva)	K	K	2
Cephalosporine	1	1	1	Ethambutol	1	1	1
Ceftriaxon	1	1	1	Etielfin	2	2	2
Chlorthalidon	1	1	1	Fentanyl	1	1	1
Chloroquin (Malaria prophylaxe und Therapie)	1	1	1	Fluconazol (wenn systemische Antimykose erforderlich)	2	2	2
				Furosemid	2	2	2
				Gestagene (als Kontrazeptiva)	K	K	1
				Glibenclamid	2	2	2
				Glifflamer	2	2	2
				Glucocorticoide, lokal	1	1	1

Arzneimittel	Embryonalperiode (SSW 1-12)	Fetalperiode (ab SSW 13)	Stillzeit	Arzneimittel	Embryonalperiode (SSW 1-12)	Fetalperiode (ab SSW 13)	Stillzeit
Glucocorticoide, systemisch	2	2	2	Pantoprazol	2	2	2
Glycotribrinat	2	2	2	Paracetamol	1	1	1
Grisofulvin	2	2	2	Penicilline	1	1	1
Haloperidol	1	1	1	Pethidin	2	2	2
Heparine, niedermolekular und unfraktioniert	1	1	1	Phenobarbital (als Antikonvulsivum)	T	2	T
Hydrochlorothiazid	2	2	2	Phenothiazin-Neuroleptika	1	1	1
Ibuprofen	1	T/E	1	Phenprocoumon	T	T	K
Imipramin	1	T/E	T/E	Phenylephrin	2	2	2
Indometacin	1	T/E	T/E	Prinzidol	T	2	T
Insulin (Human)	1	1	1	Primidon	T	2	T
Interferon-alfa/beta	2	2	2	Probencid	1	1	1
Iodidsubstitution	1	1	1	Progauril	1	1	1
Isoniazid + Vitamin B ₆	1	1	1	Propylthiouracil	1	1	1
Isotretinoin	K	K	K	Prostaglandine	K	K	E
Itraconazol	2	2	2	Pyrethrum/Pyrethroide (äußerlich)	1	1	1
Ketocanazol	2	2	2	Pyrimethamin	2	2	T
Lamotrigin (als Antiepileptikum)	1	1	1	Pyriminobonol	1	1	1
Leflunomid	K	K	K	Ranitidin	1	1	1
Lithiumsalze	1/T	1/T	T	Radiofarmaka	K	K	K
Lokalanästhetika	1	1	1	Rifampicin	1	1	1
Loratadin	1	1	1	Roxithromycin	2	1	1
Macrogol	1	1	1	Sertralin	1	1	1
Mebendazol	1	1	1	Spirolacton	2	2	2
Meclozin	1	1	1	Sulfasalazin	1	1	1
Mefloquin	2	2	2	Tetracycline	2	K	2
Mesalazin	1	1	1	Theophyllin	1	1	1
Metamizol	2	2	2	Thiamazol	2	1	1
Metformin	2	2	2	Thyroxin, (L-)	1	1	1
Methimazol	2	1	1	Thidazol	2/E	2/E	2/E
Methotrexat	K	T	K	Tramadol	2	2	T/E
α-Methylglutop	1	1	1	Tretinoin (äußerlich)	K	K	2
Methylergometrin	K	K	T	Urapidil	1	1	1
Mesoclopramid	1	1	1	Ursodeoxycholsäure	2	2	2
Metronidazol	2	2	2	Valproinsäure	T	T	2
Miconazol, lokal	1	1	1	Verapamil	1	1	1
Misoprostol	K	K	1	Vitamin A > 10.000 IE/Tag	K	K	K
Montelukast	2	2	2	Warfarin	T	T	K
Morphin	2	2	T/E				
Myrophenol	K	K	K				
Neuroleptika, erprobte typische oder atypische	1	1	1				
Nifedipin	2	1	1				
Nitrofurantoin	2	2	2				
Norbacatin	2	2	2				
Nystatin	1	1	1				
Omeprazol	1	1	1				
Opiate/Opiotide	2	2	T/E				
Oxytocin	K	K	1				

- Die Tabelle dient der groben Orientierung bei der Auswahl eines Medikaments. Sie ersetzt keinesfalls detaillierte Angaben im Text und darf niemals als Grundlage für den Abbruch einer Schwangerschaft verwendet werden.
- Ein Abstillen oder eine Stillpause sind extrem selten erforderlich. Fast immer lässt sich ein Medikament finden, das mit dem Stillen vereinbar ist.
- Soweit nicht anders vermerkt, beziehen sich die Klassifizierungen auf die systemische Anwendung (Ausnahme: Arzneimittel, die nur äußerlich angewendet werden).