

Gefahr für Mutter, Gravidität und Kind

Drogenkonsum und Schwangerschaft

Drogen konsumierende Schwangere gefährden ihre Gesundheit und die ihres Föten. Das Ungeborene kann durch die toxische Potenz der Drogen beeinträchtigt oder durch deren teratogene Potenz irreversibel geschädigt werden. Auch postnatal haben diese Kinder Probleme. Konzepte für die Betreuung der Drogen konsumierenden Schwangeren und Ihren Neugeborenen helfen Mortalität und Morbidität von beiden zu senken. Im folgenden Artikel werden ausgewählte Probleme dieser komplexen Problematik aus der Sicht des Neonatologen diskutiert.



Dr. med. René Glanzmann
Basel

Les consommatrices de drogues enceintes mettent en danger leur santé et celle de leur fœtus. L'enfant à naître peut être endommagé de façon irréversible par le potentiel toxique des drogues ou par leur activité tératogène. Même après la naissance ces enfants ont des problèmes. Des concepts pour la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de drogues et de leurs bébés aident à réduire la mortalité et la morbidité des deux. Dans l'article suivant des problèmes sélectionnés de cette question complexe sont discutés du point de vue des spécialistes en néonatalogie.

Epidemiologie und Häufigkeit

In den USA konsumieren ca. 4,5% der Schwangeren illegale Drogen (1). Eine Erhebung in der Schweiz (1996 bis 2001) ergab eine Prävalenz von 7,5% für eine Methadonexposition in der Schwangerschaft, 60% dieser Neugeborenen zeigten postnatal einen Entzug (2).

Auch der Konsum der legalen Substanzen Alkohol und Nikotin bei den Schwangeren ist beträchtlich: 30% der Schwangeren trinken 1x Monat Alkohol und bis 11% berichten über „Binge-Drinking“ im ersten Trimenon. 15 bis 20% der Schwangeren sind Raucherinnen (1).

Der Opiat-Entzug bei den Neugeborenen hat in den letzten 15 Jahren weltweit zugenommen, neuerdings verschiebt sich der Drogenkonsum hin zu moderneren Suchtmitteln. In der Regio Basiliensis verzeichnen wir seit 2004 einen Rückgang des neonatalen Opiatentzugs, von 23 auf 5 Neugeborene in den Jahren 2000 bzw. 2012 (siehe Abb. 1). Dies dürfte auch auf die effektive regionale Drogenpolitik zurückzuführen sein.

Auswirkungen der Drogen auf Mutter und Kind

Toxische Drogeneffekte auf die Schwangerschaft sind Nidationsprobleme, plazentare Minderdurchblutung, Plazentalösung, vorzeitige Wehen. Diese führen oft zum Abort oder einer Frühgeburt.

Die Schwangeren weisen höhere Risiken für Infektionen (HIV, Hepatitiden, Geschlechtskrankheiten) auf, leiden oft unter Fehlernährung, gehen seltener zu den Vorsorgeuntersuchungen und leiden unter sozialen Problemen wie Obdachlosigkeit, Beschaffungsproblematik und häuslicher Gewalt. Etwa 45% dieser Frauen

haben psychiatrische Probleme (Depressionen, Angstzustände), die sie zu Einnahme von Psychopharmaka zwingen (3).

Das Einbinden der Mütter in ein Substitutionsprogramm kann die mütterliche Morbidität eindämmen. Die Drogen haben teratogene (gesichert bei Alkohol: „fetal alcohol syndrome“) und toxische (Opiate, Cannabis, Kokain, Nikotin, Alkohol) Auswirkungen auf das Kind. Drogenexponierte Föten erleiden mehr Aborte, Frühgeburtlichkeit, Wachstumsretardierung (v.a. Nikotin) sowie konnatale Infekte.

Nach der Geburt entwickeln sie oft ein Entzugssyndrom und müssen hospitalisiert werden. Dies führt zu Eltern-Kind – Interaktionsproblemen (1). Im Kindesalter werden dann gehäuft Entwicklungsverzögerungen, Sprachprobleme oder Lernstörungen beobachtet. Die perinatale Morbidität ist insgesamt erhöht.

Drogenentzugskonzept

Im Wissen um die vielschichtigen Probleme von Mutter und Kind arbeiten wir mit einem interdisziplinären Drogenentzugskonzept. Wir ziehen dabei gerne die Betreuer der Mutter (Experten des Suchtprogramms, Psychiater der Mutter, Geburtshelfer) sowie unsere Kollegen der Kinderpsychiatrie, des Sozialdienstes, der Kinderschutzgruppe und für die Nachbetreuung die Praxispädiater, Mütter- & Väterberatungsstellen und meist auch die Behörden hinzu.

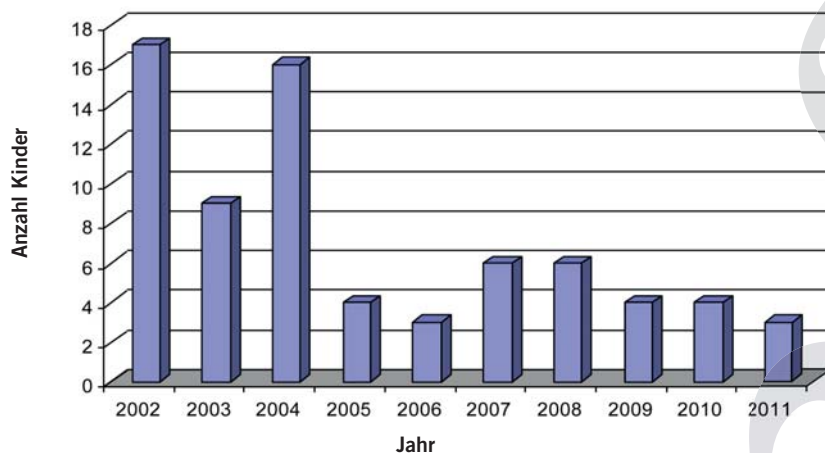
Das Ziel des Konzepts ist das Schaffen von bestmöglichen Voraussetzungen für eine normal verlaufende Schwangerschaft, Gesunderhaltung der Mutter und für eine gesunde und normale Entwicklung des Kindes. Im Verlauf möchten wir den Eltern eine hohe elterliche Kompetenz geben und damit die Sicherheit des Kindes gewährleisten. Dies gelingt meist über eine optimale Vernetzung und Einbezug von medizinischen und psychosozialen Diensten.

Erste Kontaktaufnahme

Wir Neonatologen klären die Schwangere und ihren Partner im 3. Trimenon über die Gefahren des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft auf, ermutigen sie in ein Substitutionsprogramm einzusteigen oder zu verbleiben und betonen, dass uns die Gesunderhaltung der Mutter wichtiger ist, als die Reduktion der Substitutionsdroge. Von Beikonsum raten wir dringend ab, eher sollte die Schwangere die Substitutionsmenge kontrolliert erhöhen. Wir be

ABB. 1 Anzahl Neugeborene mit therapiebedürftigem Opiatzug

der Jahre 2002 bis 2011 in BS/BL bei rund 5000 Geburten pro Jahr in unserem Versorgungsgebiet



schreiben ihnen den Geburtsablauf und den stationären Aufenthalt ihres Kindes zur Überwachung und Therapie eines sich einstellenden Entzugs. Im Weiteren beraten wir sie zum Thema Stillen. Wir informieren offen, dass die Kinderschutzgruppe involviert und bei Bedarf die Behörden beigezogen werden.

Ablauf bei Geburt

Nach der Geburt bleibt das Kind die ersten Stunden bei der Mutter (Bonding), ehe es zur Überwachung hospitalisiert wird (der Opiatzug kann bis zum 7. Tag auftreten).

Neonataler Entzug

Entzugs-Symptome können früh (erste 72 Std.) oder spät (bis gegen 7 Tage postnatal) auftreten. Eine genaue Kenntnis aller beteiligten Substanzen (Anamnese; Drogennachweis im Urin und Mekonium des Kindes) sind wichtig.

Die klinischen Zeichen des Entzugs beinhalten neurologische, vegetative- und gastrointestinale Symptome. Klassisch sind Myoklonien oder Krämpfe, erhöhter Muskeltonus und Reflexe, verkürzte Schlafphasen, vermehrte Irritabilität und vermehrtes Schreien. Vegetative Zeichen sind Schwitzen, instabile Temperatur, starkes Saugbedürfnis, Niesen und die gastrointestinalen Zeichen umfassen Erbrechen, Koliken oder Durchfall (4).

Übererregbarkeit, unstillbares Schreien und Arousalstörungen findet man beim Nikotinentzug; beim Alkoholentzug beginnen die Symptome Irritabilität, Tremor, Opisthotonus, aufgetriebene Bäuchlein sehr früh.

Um diese Symptome rechtzeitig zu erkennen und Massnahmen einleiten zu können, werden die Kinder auf die Neugeborenenstation aufgenommen und mit dem validierten Finnegan score überwacht (5).

Therapie bei neonatalem Entzug

Die Behandlung des Entzugskindes gliedert sich in nicht medikamentöse, pharmakologische und Nachfolge – Therapien.

Reduktion von Lärm, Hektik und Licht, komfortables Positionieren des Kindes, rasches Reagieren auf seine Signale, die Förderung der Eltern- Kind Interaktion und Stillen sind nicht pharmakologische Mittel.

Beim Opiatzug werden evidenzbasiert 1. Morphin oral und seltener 2. Phenobarbital eingesetzt (1,6). Während der Morphintherapie bleibt das Baby monitorisiert (Cave: Apnoen). Unter „Rooming in“ – Bedingungen übernehmen die Eltern sukzessive die Pflege Ihres Kindes.

Während der Therapie des Kindes finden regelmässige Gespräche mit den Eltern statt: Sie stellen den Informationsaustausch sicher und ermöglichen uns die Elternfähigkeit des Paares abzuschätzen. Wir knüpfen ein soziales Netz, damit das Kind in die Obhut der Eltern übergeben werden kann. Selten ergibt sich aus dem Verhalten der Eltern während der Hospitalisation, dass eine Fremdplatzierung zum Schutz des Kindes eingefädelt werden muss.

Stillen unter Drogenkonsum

Im Gegensatz zu Cannabis, Kokain, Alkohol und Nikotin werden Opiate wenig in die Muttermilch ausgeschieden und die gestillten Säuglinge zeigen seltener Nebenwirkungen. Das Stillen vermindert zudem bei Opiat-Exposition den Entzug (7).

Da das Stillen für Kind (Schutz vor Infekten, weniger Atopien und SIDS und später Schutz vor Hypercholesterol, Diabetes Typ II und Hypertonie) und Mutter (Uteruskontraktion, weniger Mammakarzinome und Osteoporose) grosse Vorteile zeigt, haben wir unsere strengen Stillempfehlungen gelockert und empfehlen nun das Stillen unabhängig von der eingenommenen Opiatdosis, wenn die Rahmenbedingungen stimmen: Die Mutter ist in einem Substitutionsprogramm, hat keinen Beikonsum, erlaubt Urinkontrollen und lebt in stabilen sozialen Verhältnissen.

Kontraindikationen für das Stillen bleiben nicht stillkompatible Medikamente (8), die regelmässige Einnahme von Kokain, Cannabis und Alkohol sowie medizinische Gründe wie HIV.

Psychosoziale Aspekte

Eine interdisziplinäre Betreuung der Familie senkt die Morbidität von Mutter und Kind.

Das Ziel des Drogenentzugskonzepts ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit das Kind ohne Gefahr in seine Familie heimkehren kann. Eine umfassende Austrittsplanung mit Einbezug der Nachfolgeinstitutionen Kinderarzt, Mütter- und Väter-Beratungsstellen, Sozialdienste können dies meist gewährleisten. In Einzelfällen ist die Entlassung in eine Mutter-Kind-Institution dienlich und selten muss ein Entzugskind fremd platziert werden. Für die letzteren Situationen sind wir auf die Mitarbeit der Behörden angewiesen (Sorgerechtsfragen, finanzielle Hilfen).

Dr. med. René Glanzmann

FMH Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie
Spezialarzt, Universitäts- Kinderspital beider Basel
Spitalstrasse 33, Postfach, 4031 Basel
rene.glanzmann@ukbb.ch

Literatur:

1. Hudak ML et al; Neonatal Drug Withdrawal. Pediatrics 2012; 129: e540-60
2. Arlettaz et al; Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II) : neonatal outcome and social resources. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 145–150
3. Oei J et al; Short- term outcomes of mothers and newborn infants with comorbid psychiatric disorders and drug dependency. Austral N Z J Psychiatry, 2009; 43 (4): 323–31
4. Cleary BJ et al; Methadone dose and neonatal abstinence syndrome – systematic review and meta-analysis. Addiction: 2010; 105: 2071–84
5. Finnegan LP; Neonatal abstinence syndrome: Assessment and pharmacotherapy. In Neonatal Therapy: An update 1986; 122–46
6. Osborn DA et al; Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2010: (3) CD 002053
7. Abdel – Latif ME et al; Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. Pediatrics 2006; 117: e1163–9
8. Schaefer & Spielmann; Arzneimittelverordnung in der Schwangerschaft und Stillzeit. Verlag Urban & Fischer; 8. Auflage 2012

Take-Home Message

- ◆ Drogenkonsumierende Schwangere gefährden sich, die Schwangerschaft und Ihr Kind
- ◆ Das Einbinden der Mutter in ein Substitutionsprogramm und des Kindes in ein interdisziplinäres Entzugskonzept senkt für beide Morbidität und Mortalität
- ◆ Ziele des Entzugskonzepts für das Neugeborene sind das Schaffen bestmöglicher Voraussetzungen für eine gesunde und geschützte Entwicklung des Kindes, Unterstützung der Eltern und das Knüpfen eines stabilen psychosozialen Netzes für die Zeit nach der Hospitalisation
- ◆ Der Einbezug von behördlicher Unterstützung ist meist sehr hilfreich
- ◆ Beim Opiatentzug ist Morphin per oral die Therapie der ersten Wahl
- ◆ Stillen ist bei Opiatentzug unter gegebenen Rahmenbedingungen erwünscht und kann den neonatalen Entzug mindern

Take-Home Message

- ◆ Les consommatrices de drogues enceintes mettent à risque elles-mêmes, la grossesse et leur enfant
- ◆ L'inclusion de la mère dans un programme de substitution et de l'enfant dans une approche interdisciplinaire de sevrage abaisse la morbidité et la mortalité des deux
- ◆ Les objectifs du sevrage pour le nouveau-né sont de créer les meilleures conditions possibles pour le développement sain et protégé de l'enfant, le soutien des parents et de nouer un réseau stable psychosocial pour la période après l'hospitalisation
- ◆ L'implication de l'aide gouvernementale est généralement très utile
- ◆ La morphine par voie orale est la première thérapie de choix pour le sevrage des opiacés
- ◆ L'allaitement maternel est souhaitable pour le sevrage des opiacés dans des conditions données et peut réduire le sevrage néonatal