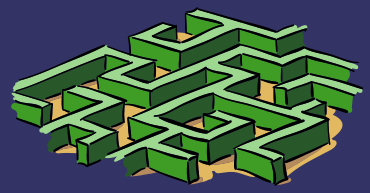
Schwangerschaft und Opioid-Substitution

Dr. med. Thomas Poehlke

Kooperationstag 29.04.2015

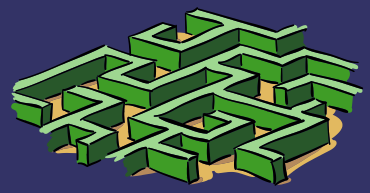


Schwangerschaft und Drogen: ein neues Thema?

1903:

„Journal of the American Medical Association“:

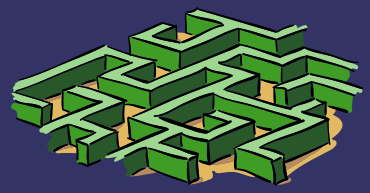
Anfrage, wie ein morphiumsüchtig geborenes Kind zu behandeln sei



Datenlage I

Fehlen systematischer Daten zur Menge:

- **abhängiger / substituierter Schwangerer**
- **gefährdeter Kinder bei elterlichem Drogenkonsum**
- **zur Versorgungssituation**
- **zur Kindesentwicklung**

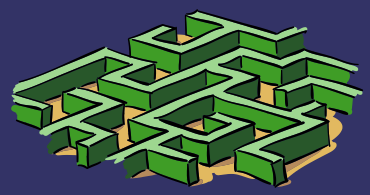


Datenlage II

- **28 Neugeborene:**
- **Entlassung zu den Eltern = 18**
- **Pflegefamilie = 8**
- **adoptiert = 2**

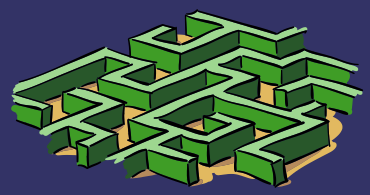
- **nach 4 Jahren:**
- **Pflegefamilie = 43 %**
- **bei Großeltern = 25 %**

(pers. Mitteilung Prof. R. Hentschel, Freiburg)



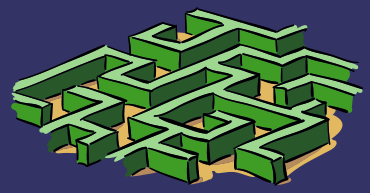
Therapeutische Überlegungen

- welcher Konsum / welche Droge ?
- Schädigung des Feten ?
- multiprofessionelle Hilfe ?
- Abstinenzziel ?
- stationär oder ambulant ?
- Pharmakotherapie ?



Unterversorgung oder Überversorgung ?

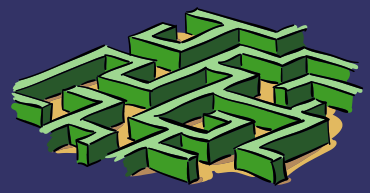
- Gynäkologe
- Internist
- Psychiater
- Hausarzt
- Sozialarbeiter
- Neonataloge
- Pädiater
- Hebamme



Schwangerschaft und Drogen

Schwangerschaft und Mutterschaft ist für einen Teil der Frauen die Chance, den inneren Gefahrenzustand zu entschärfen und über die Sorge um ein Kind eine Nachreifung zu vollziehen

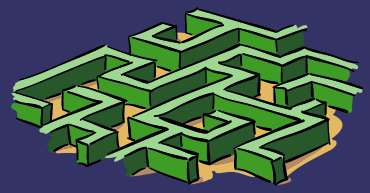
die Schwangerschaft kann deshalb als „integrative Krise“ beschrieben werden



Schwangerschaft und Drogen

die Neustrukturierung des Selbstkonzepts läuft in der Schwangerschaft in drei Phasen ab

Neueinstellung zum eigenen Selbst,
Entwicklung zum Objekt
Akzeptanz des Kindes als eigenes Objekt

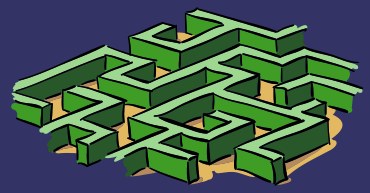


Schwangerschaft und Drogen

hohe Prävalenz von weiteren psychischen Störungen
psychiatrische Komorbidität Opiatabhängiger zwischen 53% und 75%:

am häufigsten Persönlichkeitsstörungen, gefolgt

von depressiven und schizophrenen Störungen

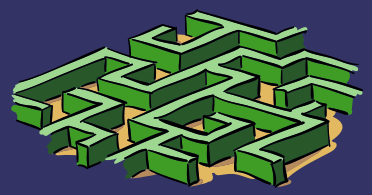


Schwangerschaft und Drogen

<u>Primärsymptome</u>: eigentliche Wirkung der Suchtmittel auf Mutter und Kind

<u>Sekundärsymptome</u>: körperliche, psychische und soziale Komplikationen der Suchterkrankung

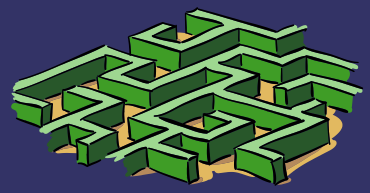
(Wolstein, 1999)



primäre Risiken

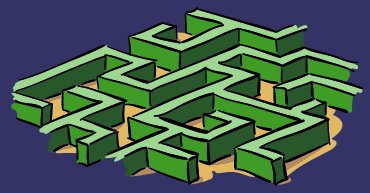
Mutter: Mangelernährung, hohe Prävalenz von Infektionskrankheiten Hepatitis, HIV, Geschlechtskrankheiten

Kind: transplazentare Drogenexposition führt zu niedrigem Geburtsgewicht, erhöhtem Risiko für den plötzlichen Kindstod, neonatales Abstinenzsyndrom, operative Entbindungen, Lageanomalien etc.



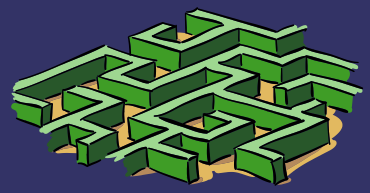
sekundäre Risiken

unzureichende Wohnverhältnisse,
Partner der Mutter häufig ebenfalls drogenabhängig,
Gewalteinwirkungen auf die Mutter
mangelhafte Vorsorgeuntersuchungen
Schuldgefühle während der Schwangerschaft gefährden den Mutter-Kind-Dialog
enger Kontakt durch das Stillen ist (oft) nicht möglich
erhöhtes Risiko für psychiatrische Komorbidität der Mutter
Auswirkungen der mütterlichen Beziehungserfahrungen in der Kindheit auf die Erziehungskompetenz



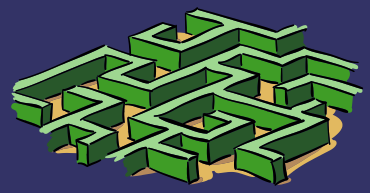
Drogenwirkungen und Schwangerschaft

niedriges Geburtsgewicht
erhöhtes Risiko für den plötzlichen Kindstod
neonatales Abstinenzsyndrom -NAS-
operative Entbindungen, Lageanomalien etc.
Mangelernährung
hohe Prävalenz von Infektionskrankheiten der Mutter



Schwangerschaft und Drogen

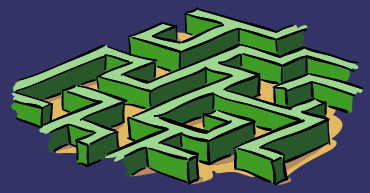
in den ersten drei Monaten, in denen sich Organe und Extremitäten (z. B. Arme, Beine) beim Kind entwickeln, besteht ein besonders hohes Risiko, dass das Ungeborene Schaden nimmt, wenn die Schwangere z. B. Alkohol, bestimmte Medikamente und Drogen konsumiert



Rauchen und Schwangerschaft

in Deutschland rauchen zu Beginn der Schwangerschaft 36% der Mütter, davon hören während der Schwangerschaft etwa die Hälfte auf

ein zusätzlicher Zigarettenkonsum, der fast immer bei Drogenkonsum, bzw. bei Substitution während der Schwangerschaft besteht, lässt die Stärke und Dauer des NAS ansteigen



Rauchen

fetale Nikotinkonzentration bis 15mal höher

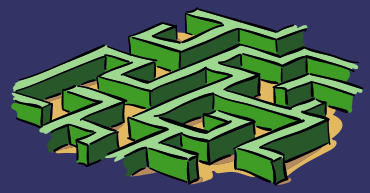
Vasokonstriktion der uteroplazentaren Einheit

akute und chronische Hypoxie

Wachstumsretardierung

Neurotoxicität / abnorme ZNS-Entwicklung !

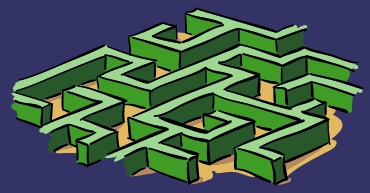
sudden infant death syndrom= „SIDS“ nimmt bei bis zu neun Zigaretten täglich um das 5fache zu



Rauchen

von den Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht hatten, litten im Alter von 33 Jahren eine deutlich höhere Anzahl an Diabetes oder krankhaftem Übergewicht als bei der Kontrollgruppe,
das Rauchen der Mutter bei ihrem Ungeborenen eine lebenslang anhaltende Stoffwechselstörung.
- 17.000 Frauen wurden seit 1958 befragt –

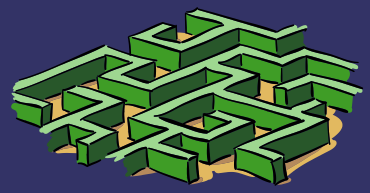
(BMJ: Volume 324, 2007)



Alkohol

fetales Alkohol-Syndrom = FAS

Wachstumsretardierung
neonatales Entzugssyndrom
Gehirnfehlbildungen, Mikrocephalus
Organfehlbildungen, typische Facies
schwere mentale Retardierung
kognitive Defizite
ADHS
Verhaltensstörungen

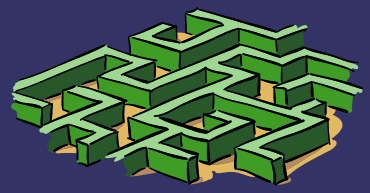


Cannabinoide und Schwangerschaft

teratogene Schäden nicht bekannt
bei isolierter Einwirkung !

erhöhtes Risiko für Entwicklungsschäden
des Fötus postuliert !

niedriges Geburtsgewicht (?)

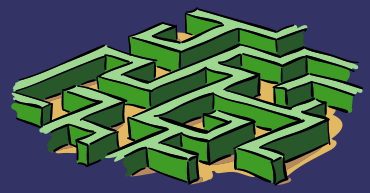


Schwangerschaft und Kokain

erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten, mögliche Fehlbildungen des Fötus: Gesicht (Spaltbildung)

Mikrozephalie

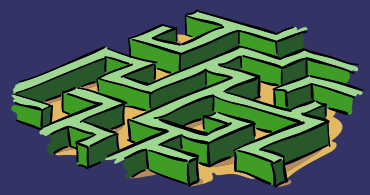
Schädigung Herz, Nieren, Genitale, Extremitäten



Amphetamine und Schwangerschaft

erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht

keine experimentellen Nachweise: Einzelfälle = Herzfehler, Klumpfüße, Mangelerscheinungen durch defizitäre Stoffwechsellage

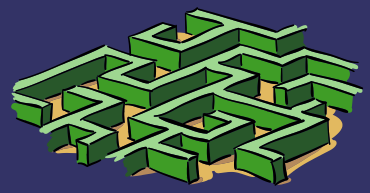


Benzodiazepine und Schwangerschaft

z.B. Dia,- Oxa,- Flunitrazepam:

ein regelmäßiger Benzodiazepinkonsum führt immer zu Entzugserscheinungen beim Neugeborenen

in Kombination mit Opiaten verlängert es die Entzugssymptome –NAS- erheblich

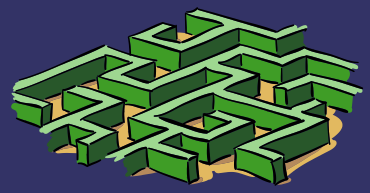


Schwangerschaft und Benzodiazepine

keine Hinweise auf embryotoxische / teratogene Wirkungen

Entzugssymptome beim Neugeborenen (Trinkschwäche, Hypothermie, Hypotonie, leichte Atemdepression) möglich

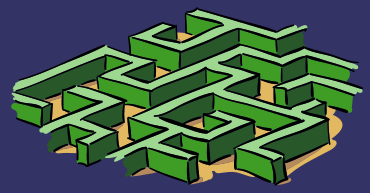
floppy-infant-Syndrom



Schwangerschaft und Opioidkonsum

immer Indikation zur Substitution, da:

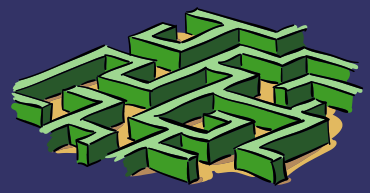
Frühgeburtlichkeit (20%)
vorzeitige Plazentalösung, Asphyxie,
Wachstumsretardierung, NAS (28%)
erhöhte Fehlbildungsinzidenz (8%)
- Urogenitaltrakt, Extremitäten



Buprenorphin und NAS

76% der Neugeborenen aus der Methadon Gruppe waren therapiebedürftig, 19% aus der Buprenorphin-Gruppe, deren Entzugsdauer auch kürzer war!
die Kinder zeigten eine normverteilte postnatale Prognose in Bezug auf Größe, Gewicht und APGAR-Score zu haben

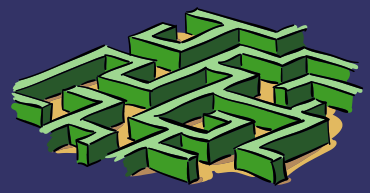
(Fischer et al., 2000)



NAS = neonatales Abstinenzsyndrom

Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Opioide (Substitution, Schmerztherapie) erhalten haben, leiden nach der Geburt häufig an einem NAS:

Opioide gelangen über die Plazenta in den Kreislauf des Fetus

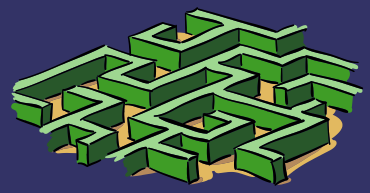


NAS

Symptome mit *hoher* Hinweiskraft:
Empfindlichkeit, Zittern, Erbrechen, hohe schrille Schreie, geringeNahrungsaufnahme, Durchfall, Fieber, anhaltender Greifreflex, Hyperaktivität

Symptome mit Hinweiskraft:
Niesen, Atemprobleme, Zuckungen, blaue Haut wegen ungenügendem Sauerstoff, Gähnen, Vorübergehender Atemstillstand, verstopfte Nase, starkes Schwitzen, tränende Augen

(National Clearinghouse, 1974)



NAS

Frühmanifestation:

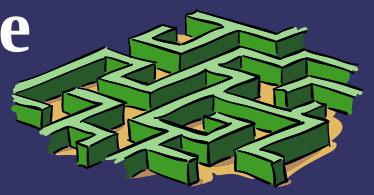
rasche Symptomatik, Beginn 12-72 Std. p.p.

neurologisch : Tremor, Krämpfe

vegetativ : Schwitzen, Tachycardie

gastro-intestinal : Durchfälle, Trinkschwäche

respiratorisch : Schniefen, Tachypnoe



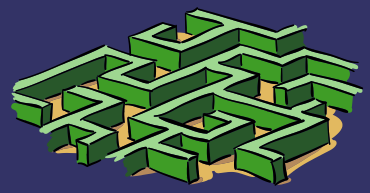
Finnegan-Score

Finnegan-Score:

–Symptom-bezogener Punktescore

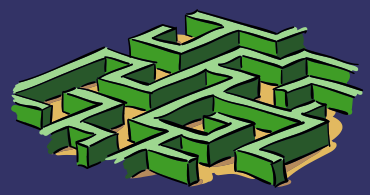
–max.45 Punkte, Therapie ab 8/10 P

ein Finnegan-Score von fünf Punkten kann auch bei gesunden Kindern vorkommen !



„Finnegan-Score“ A

Gastrointestinale Störungen	
exessives Saugen, Nuckeln	1
Trinkschwäche	2
Erbrechen im Schwall	3
Spucken	2
wässrige Stühle	3
breiige Stühle	2



NAS

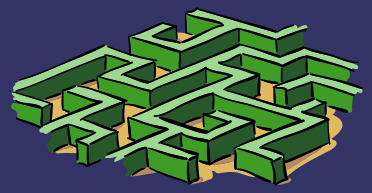
zwei Strategien:

Opiate (kausale Therapie)

Barbiturate (symptomatische Therapie)

die AAP empfiehlt bei opiatbedingtem Entzug von Neugeborenen die Therapie mit opioiden Derivaten

(American Academy of Pediatrics, 1998)

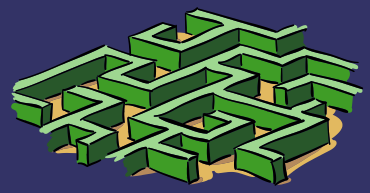


Stillen

gestillte Kinder drogenabhängiger Mütter weisen nach Untersuchungen einen niedrigeren maximalen Entzugsscore auf als die mit Flaschenmilch ernährten Kinder

gestillte Kinder weisen eine signifikant kürzere medikamentöse Behandlungszeit auf (16,4 Tage vs. 30 Tage)

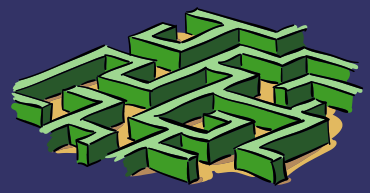
(U. Fischer, 2007)



Konsequenzen

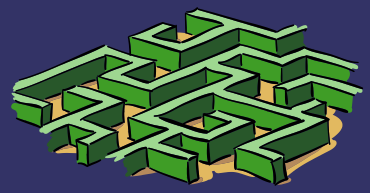
präventive Schwangerschaftsverhütung für Frauen im gebärfähigem Alter unter Opioid Substitution?

nach Klärung Schwangerschaftswunsch neben intensiver Betreuung auch Einstellung auf Buprenorphin ?

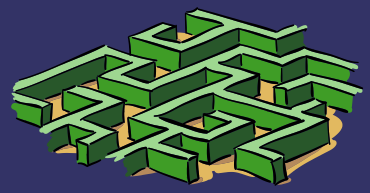


Gesamtkonzept

- früher Kontakt
- Behandlung der Schwangeren / des Partners
- Behandlung von NAS beim Neugeborenen
- Förderung der Kontakte Mutter/Vater/Kind
- Abklärung der häuslichen Versorgungsfähigkeit
- Initiierung koordinierter medizinischer/psycho-sozialer Nachsorge



Zum Schluss:

aufgrund weiterhin zu beobachtender ungewollter und komplizierend verlaufender Schwangerschaften drogenkonsumierender und substituierter Frauen ist eine Diskussion zur Konsensbildung notwendig

erste Schritte in diese Richtung stellen neben der interdisziplinären Ausrichtung der Begleitung vor allem die Verbindlichkeit kommunaler Handlungsempfehlungen dar