

SCHWANGERSCHAFT UND SUBSTITUTION

Andreas Sanewski, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf

Suchtmedizinische Grundversorgung

GEBURTEN AUS DROGENBELASTETER SCHWANGERSCHAFT IN DEUTSCHLAND

- **Inzidenz: 2/1000 Geburten** (Wygold 2003)
- 2004: 705622 Geburten (Quelle: statistisches Bundesamt)
- **1411 Neugeborene** drogenabhängiger Mütter pro Jahr
- Kontinuierliche Zunahme der Anzahl drogenbelasteter Schwangerschaften in den letzten Jahren (Klein 2006)
- Zeitliche Beziehung zwischen Anstieg der Geburten und dem Beginn der Liberalisierung der Substitutionspolitik

AUSWIRKUNGEN DER MÜTTERLICHEN OPIATEINNAHME AUF DAS UNGEBORENE KIND

Heroin und dessen Abbauprodukte
sind in hohem Maße fettlöslich

Können die plazentare Schranke
problemlos überwinden

Verteilen sich im gesamten fetalen
Gewebe

SCHWANGERSCHAFTSRISIKEN UNTER HEROIN- ODER METHADONEINNAHME

Im Tiermodell nach Heroingabe

Herabgesetzte Dichte an kortikalen Neuronen	Abnahme neuronaler Aktivitäten
Veränderung neurochemischer Prozesse im ZNS	Erhöhte noradrenerge Aktivität
Frühgeburtlichkeit	small-for-gestational-age Mikrozephalie

WIRKUNGEN

Die Verstoffwechslung von Opiaten und ihren Derivaten im fetalen Organismus ist völlig ungeklärt

- Bidirektional unterschiedliche plazentare Transferrate von Opiaten
- Abbau von Opiaten und mögliche Wechselwirkungen im fetalen Organismus sind unbekannt

Bei mütterlichem Beikonsum muss der Fetus sich mit einem Cocktail verschiedener zentral wirkender Medikamente auseinandersetzen

POSTPARTALE KOMPLIKATIONEN

- **Ca. 80-90%** der Kinder heroinabhängiger Mütter, auch nach mütterlicher Substitution mit Methadon, bekommen nach der Geburt eine behandlungsbedürftige **Entzugssymptomatik**.
- Auftreten der Symptome 40-60 Stunden nach Geburt
- Maximaler Entzug nach 92 Stunden
- Widersprüchliche Angaben zur Beziehung der Stärke und Dauer des neonatalen Drogenentzuges mit der Dosis der mütterlichen Heroin- oder Methadoneinnahme

SUCHTKRANKE FRAUEN UND SCHWANGERSCHAFT

- Schwangerschaft wird oft erst spät bemerkt und ambivalent erlebt
- Über 80% der Mütter von Neugeborenen mit Abstinenzsyndrom werden spätestens zur Schwangerschaft in ein Substitutionsprogramm aufgenommen, das vorwiegend mit Methadon durchgeführt wird (Wygold 2003)

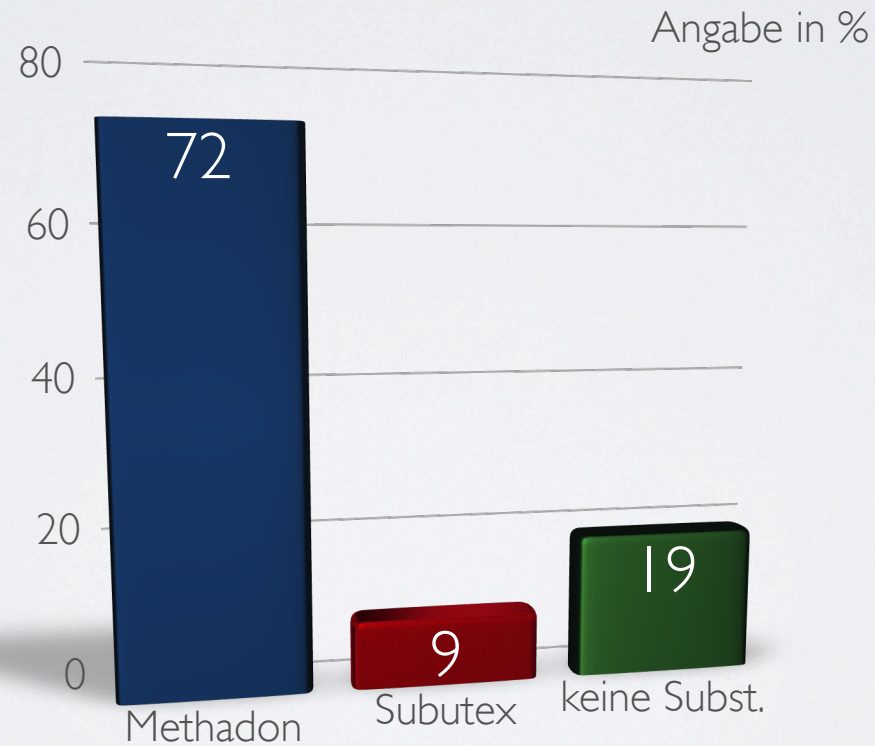
SUCHTKRANKE FRAUEN UND GEBURT

- Grundsätzlich: stationäre Aufnahme eines Neugeborenen einer drogenabhängigen Mutter in eine Kinderklinik
- Gilt auch bei ambulanter oder Hausgeburt
- Neigung zu Vertuschungs- und Vermeidungsverhalten
- Hohe Dunkelziffer von Geburten aus suchtblasteter Schwangerschaft
- Ziel: Vorbereitung der Mutter auf die Geburt und den unvermeidlichen stationären Aufenthalt des Kindes bereits während der Schwangerschaft

SUBSTITUTION

- Hat positiven Einfluss auf die sozialen Lebensumstände drogenabhängiger Frauen
- Führt zu einer Stabilisierung ihrer körperlichen Verfassung
- Führt damit konsekutiv zu einer Wiederaufnahme des hormonellen Zyklus

SUBSTITUIERTE IN DER SCHWANGERSCHAFT



(Wygold 2003)

METHADONREDUKTION WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT

Der Wunsch nach Reduktion der Methadondosis nach Bekanntwerden der Schwangerschaft kommt häufig auf

- Aus Schuldgefühlen gegenüber dem ungeborenen Kind
- Aus der Vorstellung, dass dann der postnatale Entzug des Kindes weniger ausgeprägt ist

DOSISREDUKTION

Für den Fetus medizinisch bedenklich

Kein besseres Outcome der Kinder nach Methadonreduktion während der Schwangerschaft

Der Entzug des Kindes wird auf die intrauterine Zeit vorverschoben

In der Spätschwangerschaft möglicherweise sogar eher Erhöhung der Methadondosis notwendig

2/3 der schwangeren Frauen haben zum Zeitpunkt der Geburt Beikonsum

Ungewollter Entzug zum Ende der Schwangerschaft ?

WEITERE GRÜNDE GEGEN DIE METHADONREDUKTION

Abseits der bereits beschriebenen Risiken toleriert der Fetus das Methadonangebot gut.

Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten

- Sind bei gut mit Methadon eingestellten Schwangeren eher selten.
- Bei Beikonsum betreibenden schwangeren Frauen dagegen deutlich erhöht.

DARAUS FOLGT...

**Möglichst keine Reduktion der
Methadondosis nach
Bekanntwerden einer
Schwangerschaft!**

Hochnormale Einstellung der drogenabhängigen Schwangeren mit Methadon zur Aufrechterhaltung der körperlichen Homöostase und zur Vermeidung von Beikonsum.

Ggf. Dosisanpassung im 3. Trimenon der Schwangerschaft.

SCHWANGERE, DIE DENNOCH ENTZIEHEN WOLLEN,

- Sollten dies nicht vor der zwölften oder nach der 32. Schwangerschaftswoche tun
- Entzugssymptome sollten in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft aufgrund der Gefahr einer Frühgeburt in dieser Periode vermieden werden.
- Generell liegt die maximale Reduzierung der Tagesdosis zwischen 2,5 mg und 10 mg pro Woche, die je nach Reaktion der Patientin in zweiwöchentlichen oder monatlichen Schritten durchgeführt wird.
- Wenn der Entzug misslingt und die Patientin unkontrolliert Drogen konsumiert, sollte erneut auf Methadon eingestellt werden

NEONATALES ABSTINENZSYNDROM

Die üblicherweise durchgeführte Opioidsubstitution mit Methadon/L-Polamidon ist mit einem hohen Prozentsatz des so genannten **Neonatalen Abstinenzsyndroms** (NAS) vergesellschaftet.

Inzidenz: 60-80% der Neugeborenen

Während bei Heroinkonsum der Mutter das NAS beim Neugeborenen innerhalb der ersten 24 Stunden auftritt, kann es nach Methadonsubstitution auch noch sehr viel später auftreten.

SUBSTITUTION MIT BUPRENORPHIN (SUBUTEX®)

- Die Inzidenz des akuten Entzugssyndroms beim Fetus scheint unter Buprenorphin ähnlich oder geringer ausgeprägt zu sein als unter Methadon
- Wenn die Frau bereits mit Methadon behandelt wird, sollte sie diese Therapie fortsetzen.
- Wenn sie Heroin von der Straße konsumiert, sollte eine Behandlung mit Buprenorphin oder Methadon eingeleitet werden

BUPRENORPHIN:

- Erheblich niedrigeres Risiko, ein NAS zu erleiden, und wenn, dann auch nur in erheblich abgeschwächter Form
- Risiko einer Frühgeburt und eines erniedrigten Geburtsgewichtes deutlich reduziert.

FALLBEISPIELE

- Die Klientin ist im sechsten Monat schwanger. Sie ist allen Mitarbeitern der Einrichtung gut bekannt und sowohl bei den Mitarbeitern als auch bei den anderen Klienten beliebt. Dennoch scheint sie ihre Schwangerschaft nicht allzu ernst zu nehmen. Sie raucht nach wie vor Zigaretten. Ihre Urinproben sind negativ, seit sie weiß dass sie schwanger ist. Ihr Freund hat sie vor kurzem verlassen, und sie wohnt in einer kleinen Wohnung ohne soziale Unterstützung.
- **Diskussion:**
 - Sollte das Jugendamt eingeschaltet werden?
 - Gibt es irgendeine Möglichkeit, sie aktiv bei der Vorbereitung auf die Mutterschaft zu unterstützen?
 - Gibt es Angebote der Familienhilfe, die sie in Anspruch nehmen kann?
 - Was könnte man in Bezug auf das Rauchen unternehmen?