

Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei psychischen Erkrankungen

Prof. Dr. med. Daniel Surbek
Universitäts-Frauenklinik, Inselspital, Bern

Schwangerschaften bei psychischen Erkrankungen sind weltweit am zunehmen. Die Betreuung dieser Schwangerschaften bedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen den Fachärzten, um ein optimales Ergebnis hinsichtlich Gesundheit von Mutter und Kind zu erreichen.

Das Outcome für Mutter und Kind wird dabei durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Dazu gehört zunächst der Einfluss der psychischen Erkrankung und der damit verbundenen Verhaltensweisen der Schwangeren, beispielsweise hinsichtlich Ernährung (v.a. bei Essstörungen), Nikotinabusus, oder Compliance für Medikamenteneinnahme und Schwangerschaftskontrollen. Suchtkrankheiten stellen dabei eine besondere Herausforderung dar. Im Vordergrund stehen jedoch oftmals auch die möglichen Auswirkungen von Medikamenten / Psychopharmaka auf Schwangerschaft und Fetus. Ein aktuelles Beispiel sind die möglichen Risiken gewisser SSRI. Die Spannbreite erstreckt sich jedoch auch auf neurologische Krankheiten wie Epilepsie, welche mit Antiepileptika eine besondere Schwierigkeit hinsichtlich der Vermeidung einer Embryopathie darstellen. Ein aktuelles Beispiel ist die mögliche teratogene Wirkung von Lamotrigin, bei welchem eine Erhöhung der Inzidenz von Gaumenspalten postuliert wird.

Suchtkrankheiten implizieren in der Regel eine engmaschige Betreuung vor, während und nach der Schwangerschaft. Hier ist der frühe Beizug von Pädiatern und Sozialdiensten von besonderer Bedeutung. Aethylabusus, Opiatabusus, oder Kokainabusus haben unterschiedliche Auswirkungen auf den Fetus hinsichtlich Teratogenität (z.B. fetales Alkoholsyndrom), Fetopathie, oder Schwangerschaftskomplikationen (z.B. vorzeitige Placentallösung bei Kokainabusus), und können hinsichtlich der späteren langfristigen psychomotorischen Entwicklung des Kindes schwerwiegende Auswirkungen haben.

Wir wissen heute, dass die Einflüsse verschiedener Faktoren während der Schwangerschaft auf den Fetus, wie z.B. intrauterine Mangelentwicklung, Präeklampsie, aber auch psychische Zustände und Krankheiten, langfristige Auswirkungen auf die spätere Entwicklung körperlicher (z.B. kardiovaskuläre Krankheiten) aber auch auf psychischer Erkrankungen (Depressionen) bei Adoleszenten und Adulten haben können, unabhängig von der genetischen Konstellation.

Welche Möglichkeiten haben wir nun hinsichtlich der Verbesserung des Outcome dieser Schwangerschaften? Im Idealfall kann die Schwangerschaft prospektiv gemeinsam mit der Patientin vor Absetzen von Kontrazeptiva geplant werden, um die Ausgangslage zu optimieren. Dies bedeutet beispielsweise Umstellung der Psychopharmaka-Therapie, Methadon-Einstellung resp. Vermeidung einer Politoxikomanie, zusätzliche Fehlbildungsprophylaxe (z.B. präkonzeptionelle Folsäureprophylaxe, insbesondere bei Antiepileptika-Therapie), Körpergewicht-Verbesserung etc. Zumal allerdings lediglich etwa 50% aller Schwangerschaften wirklich auch geplant sind, ist eine Präkonzeptionsberatung bei

allen Patientinnen im fertilen Alter auch ohne aktuell aktiven Kinderwunsch wichtig. In jedem Falle muss das Ziel sein, notwendige Massnahmen und eine interdisziplinäre Betreuung möglichst früh nach eingetretener Schwangerschaft umzusetzen.

Dank dem Einsatz moderner Methoden der pränatalen Diagnostik (z.B. Ultraschall, Dopplersonographie, biochemische Zusatzuntersuchungen) können frühzeitig Risiken wie Fehlbildungen des Herzen oder des Zentralnervensystems, intrauterine Mangelentwicklung, oder Frühgeburtlichkeit erkannt und z.T. erfolgreich therapiert werden. Dabei empfiehlt sich eine spezialisierte Diagnostik in Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Pränatalmedizin. Bei aktuellem oder vorausgehendem i.v.-Drogenabusus sind zusätzliche infektiologische Abklärungen (z.B. HIV, HCV, Zervikovaginalbakteriologie) angezeigt. Peri- und postpartal stehen nebst der geburtsmedizinischen Fragen die psychische Stabilisierung respektive die Früherkennung einer allfälligen psychischen Verschlechterung, und die Stillthematik (Medikamente, chronische Infektionen) im Vordergrund. Das Neugeborene muss in der Regel neonatologisch besonders betreut werden. Bei Suchtkrankheiten bedeutet dies oft eine wochen- bis monatelange Entzugssyndrom-Behandlung und eine langfristige psychomotorische Entwicklungsbeobachtung und Begleitung.

Depressionen sind ein besonders wichtiges Thema hinsichtlich Schwangerschaften. Zum einen nimmt deren Häufigkeit in der Schwangerschaft und nach der Geburt tendenziell zu. Der Suizid ist in England in der jüngsten Untersuchung zu den Ursachen der mütterlichen Sterblichkeit als wichtigste Todesursache im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt identifiziert worden. Zum anderen zeigen neuere Studien, dass ein Absetzen antidepressiver Medikamente während der Schwangerschaft oft ungünstig ist und sich negativ auf den Verlauf der Schwangerschaft bei Mutter und Fetus auswirken kann. Bei der Behandlung von Depressionen in der Schwangerschaft ist somit ein vorsichtiges Abwägen von Vor- und Nachteilen der antidepressiven Medikation vorzunehmen. Die Betreuung sollte gemeinsam und interdisziplinär durch Psychiater und Spezialisten der Geburtshilfe / fetomaternalen Medizin erfolgen, um das beste Ergebnis für Mutter und Kind zu erreichen.