

Auswirkungen des Substanzmissbrauchs auf Neugeborene

Dr. Andrea Bachmann

Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde

Universitätsklinikum Tulln



Epidemiologie

Kinderneuropsychiatrische Evaluationsstudie 1995-2001 des Wiener comprehensive care projects (Univ. Prof. Dr. Ernst Berger / Dr. Thomas Elstner):

Epidemiologische Schätzungen: Wien

- **jährlich** wurden **ca 35 Kinder** von substanzabhängigen Müttern in Substitution geboren
- Davon konnten **71,4%** in eine langfristige Nachbetreuung eingebunden werden
- **Outcome** bis zum Ende des 3. Lebensjahres:
 - ca 1/3 primäre Überstellung in Pflegefamilie
 - ca 1/3 spätere Überstellung (in den ersten Jahren)
 - ca 1/3 Stabilisierung

Biologische Risiken und Folgen

(Univ. Prof. Dr. Ernst Berger / Dr. Thomas Elstner):

Biologisches Risiko unter **konsequenter Substitutionsbehandlung** insgesamt **gering**, jedoch bei **zusätzlichem Drogenkonsum / Nikotinkonsum deutlich ansteigend**

- **Frühgeburtlichkeit** (median 37,9 Wochen)
- **Dauer des neonatalen Entzugssyndroms** (zentraler Risikoparameter für spätere Entwicklung) – längere Dauer *va* bei Zusatzkonsum von Benzodiazepinen
- **Pränatale Dystrophie** (20,9%) und **Mikrozephalie** (13,7%), *va* bei ausgeprägtem Zusatzkonsum incl. Nikotin
- **Frühkindliche Spontanmotorik** (GMs nach Prechtl) – vermutl. Prognosefaktor späterer kognitiver Entwicklung – Auffälligkeiten korrelieren mit Zusatzkonsum
- **Rückstand der statomotorischen Entwicklung** (5,3%): hohes Risiko bei Kombination aus biologischen und psychosozialen Faktoren
- **Übererregbarkeitssyndrom** – voll reversibel

Psychosoziale Risiken und Folgen

(Univ. Prof. Dr. Ernst Berger / Dr. Thomas Elstner):

- **Interaktionsstörungen** (26,2%) – **beeinträchtigte Beziehungen** (45,2%), deutlich ungünstiger in der Gruppe der leiblichen Mütter als der Pflegemütter
- **Instabilität der Betreuungssituation** (32,6% Überstellungen postpartal, 48,4% bis Ende der Studie)
- **Psychopathologische Auffälligkeiten** (21%), **Verhaltensauffälligkeiten** (14,3% > 26,6%)
- **Kognitive Entwicklung:** geringe Abweichungen: anfangs Spracherwerb, später in allen Bereichen (multifaktorieller Effekt? – Substanz, psychosozial, sozioökonomisch,...)
- **Pflegesituation:** globale Empfehlung nicht möglich

Entwicklungsretardation in Pflegefamilien geringer, allerdings Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung beim Verbleib bei leiblicher Mutter möglich

Verläufe

(Univ. Prof. Dr. Ernst Berger / Dr. Thomas Elstner):

► **Günstiger Verlauf:**

Stabilisierung der KM: Berufswiederaufnahme / -umschulung im 2.Lj
tragfähige Partnerschaft, Hilfe durch Verwandte (Mutter der KM)
Erziehungs- und Entwicklungsfragen treten gegenüber
Drogenthema in den Vordergrund
emotionale Probleme bleiben aber länger bestehen

► **Ungünstiger Verlauf:**

innere und äußere Ressourcen der KM reichen nicht aus >
Depression, Isolation > Zusatzkonsum > Pflegefamilie (manchmal
Großeltern)

Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Neugeborene

6

Morphine

- Nicht zelltoxisch
- Sichere und effiziente Opioderhaltungstherapie mit Methadon, retardierten Morphinen oder Buprenorphin anzustreben (2xtgl., evt. Erhöhen der Dosis gegen Ende der SS)
- Entzug in SS kann zu vorzeitigen Wehen und damit Frühgeburtlichkeit führen
- SIDS (Apnoen)
- Entwicklungsrisiko gering, wird aber durch Zusatzkonsum erhöht:
 - ca 1 Drittel entwickelt psychische Auffälligkeiten
 - ca 50% der Kinder entwickeln später eine Abhängigkeit

Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Neugeborene

7

Alkohol

FAS (fetales Alkoholembryopathie Syndrom) – nicht dosisabhängig

- SGA, postnatale Wachstumsverzögerung, vermind. Subkutanes Fettgewebe
- Kraniofaziale Dismorphien (Spaltbildungen, Augenfehlbildungen,...), Mikrozephalie
- Fehlbildungen (Extremitäten / Skelett, Niere, Genitale, Herzfehler,...)
- Neurologische Auffälligkeiten: Tremor, Krampfanfälle,...
- Eingeschränkte intellektuelle Funktionen (Sprach-/Hörstörungen, Entwicklungsretardierung, musk. Hypotonie / Dysplasie, Feinmotorikstörungen,...)
- Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, Distanzlosigkeit, Aggressivität, emotionale Instabilität, Autismus,...)

Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Neugeborene

Nikotin

- SGA (small for gestational age)
- SIDS (sudden infant death syndrom)
- Atemwegserkrankungen
- Totgeburten, Eileiterschwangerschaften
- Postpartale Entzugssymptome

Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Neugeborene

Benzodiazepine

- Missbildungen im Gesichtsbereich
- Langdauerndes neonatales Entzugssyndrom
- Krampfanfälle postpartal durch Entzug
- Häufiger Beikonsum – erschwert Opiatentzug
- Mütter bei hoher Dosis oft verlangsamt, muskelrelaxiert, schlafen tief, schlafen oft ein – erschwert Umgang und Versorgung von Neugeborenen!

Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Neugeborene

Kokain

- Missbildungen: Herz, Gehirn, Urogenitaltrakt
- Frühgeburtlichkeit
- Vorzeitige Plazentalösung
- Postpartal Entzugssymptome
- Verhaltensauffälligkeiten, Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten

Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Neugeborene

Cannabis, Ecstasy, Amphetamine,...

- Entzugssymptome postpartal
- Teratogene Wirkung nicht bekannt
- Wenig gesicherte Erkenntnisse
- Störungen des Nervensystems, Lernstörungen,...

Häufige Infektionen

- HIV
- Hepatitis C
- Hepatitis B

Soziale Probleme

- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Beschaffungskriminalität (offene Haftstrafen)
- Obdachlosigkeit
- Fehlendes unterstützendes soziales Umfeld
- Misstrauen gegenüber Behörden (Jugendwohlfahrt) aufgrund von Erfahrungen in der eigenen Kindheit

Diagnose

- **Anamnese**
- **Klinik:** ZNS: Irritabilität, Tremor, musk. Hypertonus, Krampfanfälle, Hautabschürfungen, Schlaflosigkeit nach dem Füttern,...
Autonomes Nervensystem: Schwitzen, Fieber, verstopfte Nase, Niesen, Gähnen
Gastrointestinal: Durchfall, Erbrechen, Non nutritives Saugen
Atmung: Tachypnoe / Dyspnoe
- **Finnegan Score** innerhalb der ersten 2-4 Lebensstunden, danach alle 4 Stunden – Beginn des Entzugs meist innerhalb der **ersten 12-72 Stunden**
- **Drogenharn** der **Kindesmutter** prä/postpartal
- **Drogenharn** beim **Neugeborenen** (1.+2. Harnportion)
- **Blutabnahme** innerhalb der ersten 48 Stunden
- **HIV und Hepatitis B/C** Status der Kindesmutter

Klinischer Entzug

- ➔ **Supportive Care** von Anfang an:
 - Möglichst reizarme Umgebung,
Lärmabschirmung, Abdunkeln
 - Nicht wecken für Untersuchungen /
Pflegethandlungen, wenn nicht unbedingt nötig
 - häufige, kleine, hochkalorische Mahlzeiten
 - Pucken



Klinischer Entzug

➔ Ernährung:

Stillen prinzipiell erlaubt, wenn kein Beikonsum

absolute KI: HIV Infektion

Hepatitis C: (PCR $>10^6$ hoch 6: Stillen nicht empfohlen)

Hepatitis B: nach Impfung wenn PCR $< 2 \times 10^6$ IU/ml erlaubt

Muttermilch reicht in den ersten Lebenstagen meist nicht, den erhöhten Kalorienbedarf durch den Entzug zu decken

Zufüttern von Formulanahrung oft nötig

➔ Homöopathie

➔ Akupunktur

Klinischer Entzug

Medikamentöse Therapie:

- **Morphin HCl:** 3 x 0,05mg/kg – 6 x 0,15mg/kg
wenn FS > 10, schrittweise ausschleichen über Tage und Wochen

evt. zusätzlich:

- **Chloralhydrat**
- **Phenobarbital**
- **Neuroleptika**
- **Clonidin** (zentraler alpha2-adrenerger Agonist – iv; Studie Frankfurt/ Main)

Behandlung von Infektionen

- **HIV:** Therapie der KM vor/in der SS, primäre Sectio
postpartal: NG: je nach Viruslast der KM vor Geburt:
antivirale Therapie (Retrovir + Epivir) über 4-6 Wochen,
Verlaufskontrollen der PCR
- **Hepatitis C:** Therapie der KM möglichst vor der SS, primäre Sectio
NG: dzt. keine medikamentöse Therapie im 1. Lebensjahr,
PCR 4-6 Wochen postpartal, Virämie sistiert oft bis zum
1 ½. Lebensjahr spontan
- **Hepatitis B:** Impfung aktiv und passiv innerhalb der ersten
12 Lebensstunden, wenn HbsAg pos.

Betreuung - somatisch

- **Kein Entzug** (Finnegan <10): 10 Tage Observanz
- **Entzug**: Entlassung frühestens 48 Stunden nach Absetzen aller Medikamente
- Interner und neurologischer Status
- Konstante Gewichtszunahme
- Regelmäßige Laborkontrollen
- Heimmonitor – Reanimationsschulung

Betreuung -psychosozial

- Helferkonferenzen
- Psychiatrisches Konsil der Mutter
- Anbindung an KJPP Babyambulanz
- Kontaktaufnahme mit Jugendwohlfahrt so früh wie möglich
- Klärung der Wohnsituation
- Termin für Nachsorge (KH Rosenhügel)

DESK - Projekt

AG Desk=> **D**rogen, **E**ltern, **S**ucht und **K**inder (2008)

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (Projektleitung: Mag. Barbara Pilter)

- Literaturrecherche, Vernetzungsarbeit (2009)
- Handlungsleitfaden für Institutionen des Gesundheitswesens, der Jugendwohlfahrt und der Suchthilfe (2010)
- Pilotphase des Projekts im (bis 06/2011)Bezirk Mödling
- 2012 Start AG DESK Baden und Tulln
- 2013 Start AG DESK Wr. Neustadt / Neunkirchen
- 2013 Zusammenlegung AG DESK Baden und Mödling
- Jänner 2015 Start der AG DESK St.Pölten (incl. Melk)
- Mögliche weitere Bezirke für DESK Projekte: Amstetten, Hollabrunn, Mistelbach

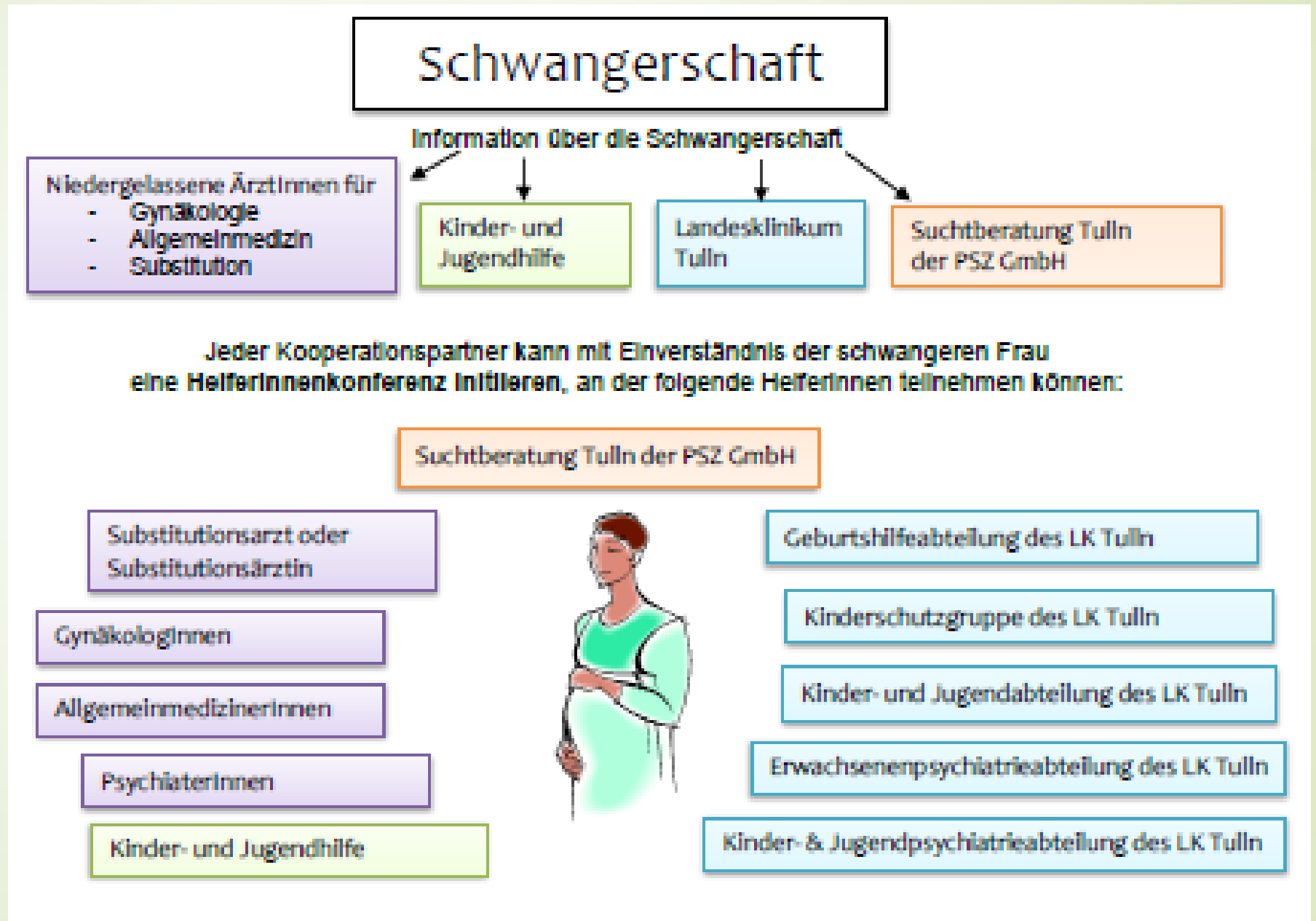
DESK – Projekt

Umsetzung UK Tulln

- Ca 5 Fälle/Jahr
- Kooperationsleitfäden / Handlungsleitfäden
- Vernetzungsarbeit:
Suchtberatung Tulln, Jugendwohlfahrt, Universitätsklinikum Tulln
(Abteilungen für Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialarbeit der Babyambulanz)
- Regelmäßige gemeinsame Fortbildungen, Supervision, Fallbesprechungen
- Ausweitung auf Mütter mit psychischen Erkrankungen auch ohne Suchtproblematik und deren Neugeborene

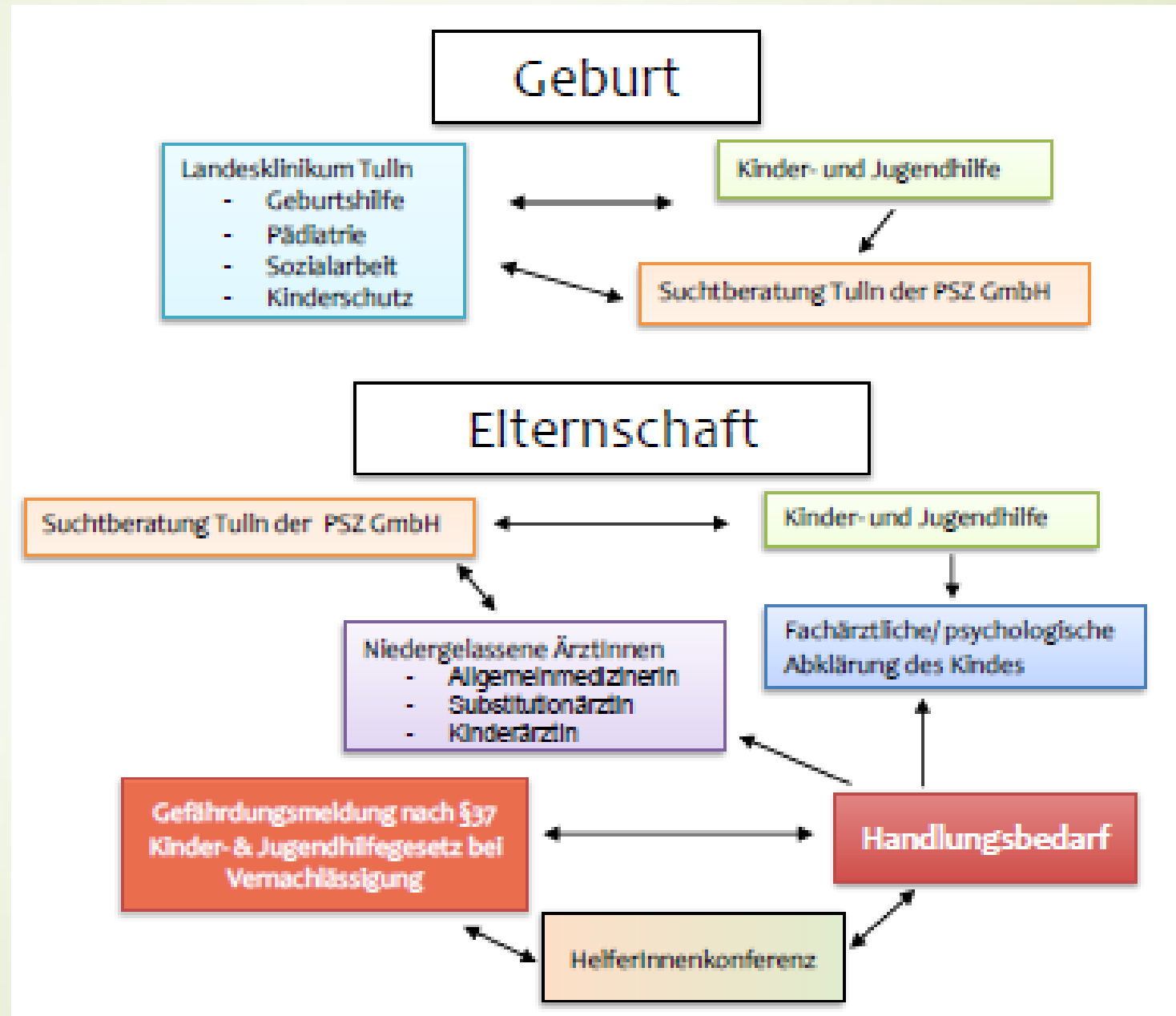
DESK Handlungsfäden

24



DESK Handlungsleitfaden

25





Danke!