

# Neonataler Drogenentzug

---

Drogenabhängige schwangere Frauen haben die gleichen Ängste und Erwartungen wie andere Schwangere. Auch sie haben ein Recht auf korrekte Aufklärung und Information und sollten objektiv in einer nicht voreingenommenen Art und Weise behandelt werden. Mütterlicher Drogenkonsum ist ein Risikofaktor für Schwangerschaftskomplikationen und für das Neugeborene, einschliesslich Frühgeburtlichkeit.

Kinder drogenabhängiger Mütter sind durch toxische Einwirkungen der Drogen (Alkohol und Nikotin) in utero und postpartal gefährdet. Der Verlauf der Schwangerschaft und des Neugeborenen ist unter anderem abhängig vom soziologisch-ökonomischen Status, den Lebensgewohnheiten, assoziiert mit Drogenentzug, dem neonatalen Entzug und den nachfolgend, unter Umständen schlechteren sozialen ökonomischen Bedingungen, in der das Kind aufwachsen wird.

## **Inzidenz und Risikofaktoren**

Der Drogenkonsum unter heranwachsenden und jungen Müttern ist weltweit am Ansteigen, eine Studie der Vereinigten Staaten, welche den Urin anonym an 30'000 kalifornischen Frauen untersuchte, zeigte einen Drogenkonsum in 5,2% der Fälle, davon Marihuana 1,9%, Opiate 1,5% und Kokain 1,1% als die häufigsten benutzten Drogen.

## ***Risikofaktoren für Drogenkonsum während der Schwangerschaft***

- Alkohol und Nikotinkonsum
- ledig
- arbeitslos
- keine Krankenversicherung
- keine Schwangerschaftskontrollen

## ***Risikofaktoren für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf***

Einerseits durch die Drogen, jedoch stellen andere Faktoren, die mit der Einnahme von Drogen einhergehen, wie Armut, schlechte Ernährung und fehlende Schwangerschaftskontrollen einen wesentlichen Faktor dar. Des Weiteren sind Infektionen zu nennen: Hepatitis C, Hepatitis B und HIV.

## ***Risikofaktoren für einen Drogenentzug beim Neugeborenen***

Entzugssymptomatik tritt bei einer Vielfalt von Drogen auf: Opiate, Kokain und Kokainderivate, Amphetamine und Alkohol. Mit weniger Wahrscheinlichkeit tritt abnormes Verhalten bei Neugeborenen auf bei hohem mütterlichem Coffeingenuss, Nikotin, Marihuana und Schnüffelsubstanzen.

Der Zeitpunkt und die Schwere des Auftretens einer Entzugssymptomatik ist schwer voraussagbar, allgemein gilt aber, dass bei Einnahme von Heroin die Entzugssymptomatik in der Regel früh auftritt (innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt), bei Methadon eher spät (in der Regel 2 - 7 Tage nach der Geburt).

## ***Nikotin***

Nikotingenuss während der Schwangerschaft führt zu deutlich reduziertem Geburtsgewicht. Viele Studien geben auch eine Häufung von Frühgeburtlichkeit an. Schwangere Frauen, die im ersten Trimester mit dem Rauchen aufhören, haben in der Regel verhältnismässig gleich grosse und gleich schwere Neugeborene wie nichtrauchende Mütter. Der Langzeiteffekt von Nikotineinfluss auf den Foet ist nach wie vor unklar.

### *Alkohol*

Das fötale Alkoholsyndrom beinhaltet eine schwere Wachstumsretardierung, Entwicklungsstörungen des Gehirns und spezifische dysmorphe Stigmata des Gesichtes. Extremer Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist mit einer vermehrten Abortrate im zweiten Trimester vergesellschaftet, des Weiteren kommt es vermehrt zu Frühgeburtlichkeit.

### *Amphetamine*

Verminderter Kopfumfang, verminderte Länge und Geburtsgewicht, sowie vermehrte Abortrate und Frühgeburtlichkeit wird dem Amphetamin-Gebrauch während der Schwangerschaft zugeordnet. Daneben werden häufig Störungen des zentralen Nervensystems wie Blutungen, Infarkte und zystische Veränderungen angegeben.

### *Kokain*

Eine grosse Meta-Analyse zeigte, dass der Effekt des Kokains auf den Schwangerschaftsverlauf eher klein ist, und dass ähnliche Auswirkungen bei Polytoxikomanie gesehen wurden, unabhängig davon, ob die Schwangeren Kokain konsumierten oder nicht. Der plötzliche Kindstod (SIDS) scheint jedoch häufiger zu sein.

### *Marihuana*

Marihuana während der Schwangerschaft scheint das Risiko auf geburtshilfliche Komplikationen nicht zu erhöhen, angegeben werden jedoch vermindertes Geburtsgewicht und Geburtslänge, des Weiteren werden leichte Verhaltensauffälligkeiten bei Neugeborenen bei extrem hohem Marihuanakonsum der Mütter angegeben.

### *Opiate*

Es gibt keine Hinweise auf ein gehäuftes Vorkommen von kongenitalen Anomalien, dagegen werden vermehrt Infektionskrankheiten (STD), schlechterer sozio-ökonomischer Status und soziale Probleme bei drogenabhängigen Müttern angegeben. Die Entzugssymptomatik beim Kind bei mütterlichem Heroinkonsum wird bei 42 - 48% angegeben und bei Methadon tritt eine Entzugssymptomatik bei Kindern in 68% - 85% der Fälle auf. Neugeborenenkrämpfe werden angegeben bei 7,8% der Kinder, deren Mütter Methadon einnahmen und 1,2% bei Heroineinnahme. Polytoxikomanie definiert die Einnahme mehrerer Drogen, auch hier zeigt sich vor allen Dingen bei den Kindern ein erhöhtes SIDS-Risiko.

## **Diagnosestellung**

a) Anamnese b) körperliche Untersuchung c) Labor

Wichtig ist die Art und die Dosis des Drogenkonsums, begleitende Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B und C, STD), Betreuung und Art und Weise der Drogenabgabe und vor allem die soziale Situation.

### ***Diagnostik beim Neugeborenen***

Sensitivität im Mekonium durch Radio-Immunoassay 88%, im Urin Sensitivität nur 52%.

### ***Diagnose der Drogenentzugssymptomatik mittels Finnegan-Score***

Entzugssymptomatik vor allem seitens des zentralen Nervensystems, Unruhe, Schlafstörungen, Zitterigkeit und Tremor.

*Respiratorisch* Tachypnoe, Atemnotsymptomatik.

*Autonomes Nervensystem* Niesen, Gähnen, Fieber und Schwitzen.

*Gastrointestinal* Schlechtes Trinkverhalten, Erbrechen und Durchfall.

**Vorgehen und Therapie**

Wichtig ist Teamarbeit mit Geburtshelfern, Pflegepersonal und Sozialarbeitern, offener Umgang aber auch restriktiv gegenüber Vorschriften und Vereinbarungen. Ziel unserer Bemühungen ist zu prüfen, ob das Kind nach Hause gehen kann und unser Ziel sollte auch sein, alles zu tun, um dies zu ermöglichen.

Dafür gilt es vor allen Dingen ein soziales Netz aufzubauen mit Familie, Kinderarzt, Mütterberatung, evtl. Tagesmutter oder Kinderarzt, Kinderhort und möglichst viele Anlauf- aber auch Kontrollstellen zu haben, falls das System versagt und das Kind gefährdet ist.

***Therapie des Drogenentzugs beim Neugeborenen***

Gemäss Finnegan-Score wird das Kind überwacht und eine etwaige Therapie begonnen. An Medikamenten stehen Phenobarbital, Morphinlösung, Chlorpromazin und Benzodiazepine zur Verfügung.

Dosierungen:

Morphin HCl 0.2% ( 10 Tr = 1 mg ) 0.1 – 1 mg/kg p.o. alle 4 Std

Phenobarbital LD 10 – 20 mg/ kg p.o., dann 2.5 – 5 mg/kg alle 12 Std p.o.

Chlorpromazin 0.5 – 3 mg /kg/die in 4 Gaben p.o.

**St.Galler Konzept:**

Gemeinsame Betreuung durch Sozialdienst, Geburtshilfe und Neonatologie.

**Wichtig Kontaktaufnahme vor der Geburt !!!**

Kennenlernen, Informationsaustausch, Aufträge werden verteilt.

*A. Malzacher, Februar 2011*