



Schwangerschaft, Geburt, Stillen

Autorin: Lotte Habermann-Horstmeier, Original 1998, 06/2009

Zusammenfassung

- Epilepsie ist kein prinzipieller Hinderungsgrund für eine Schwangerschaft. Bei der Mehrzahl der epilepsiekranken Frauen hat eine Schwangerschaft keinen wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf.
- Schwangerschaftskomplikationen treten bei epilepsiekranken Frauen wahrscheinlich nicht häufiger auf als bei schwangeren Frauen ohne Epilepsie.
- Bei Kindern epilepsiekranker Frauen kommt es zwei- bis dreimal häufiger als bei Kindern von Frauen ohne Epilepsie zu Fehlbildungen unterschiedlicher Ausprägung.
- Auch epilepsiekranken Frauen sollten, wenn möglich, ihr Kind stillen.
- Unterstützung durch andere Familienmitglieder bzw. externe Pflegedienste kann verhindern, dass in der ersten Wochen nach der Geburt bei der Mutter Anfälle durch Schlafentzug auftreten.

Epilepsie ist kein prinzipieller Hinderungsgrund, schwanger zu werden und ein Kind zu bekommen. Über 90% der Kinder epilepsiekranker Frauen und Männer kommen völlig gesund zur Welt.

Dennoch sollten sich epilepsiekranken Frauen und Männer frühzeitig (d.h. schon vor dem Eintritt einer Schwangerschaft) über die möglichen Risiken informieren.

Sie sollten dabei auch die tagtägliche Belastung durch einen Säugling bedenken.

Schwangerschaft

Möglichst kurz vor einer Schwangerschaft sollte sich eine epilepsiekranken Frau mit ihrer/m Neurologin/en und ihrer/m Gynäkologin/en beraten, um die für sie und das Kind schonendste und doch wirksame Epilepsiebehandlung herauszufinden. Dabei sollten auch die vielen Ängste, die eine Schwangerschaft in einer epilepsiekranken Frau hervorrufen kann, besprochen werden. Um Ängste abzubauen, haben sich besonders Gespräche mit anderen anfallkranken Müttern als sehr hilfreich erwiesen.

Da Fehlbildungen unterschiedlicher Ausprägung bei Kindern epilepsiekranker Mütter zwei- bis dreimal häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt auftreten, sollte schon vor dem Eintritt einer Schwangerschaft nach einer für Mutter und Kind optimalen Therapie gesucht werden.

Die bei Kindern epilepsiekranker Mütter vorkommenden sog. 'großen Fehlbildungen' wie Herzfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Spina bifida (Spaltrücken) werden z.T. auf die antiepileptische Therapie während der Schwangerschaft und auf die Art der Anfälle zurückgeführt. Bei der Einnahme von Valproinsäure und Carbamazepin während der ersten Schwangerschaftswochen kann es nach dem heutigen Kenntnisstand zu einem (allerdings seltenen) Auftreten von Fehlbildungen im Rückenmarksbereich (Neuralrohrdefekt) kommen.

Wenn möglich sollte daher schon vor einer Schwangerschaft auf andere Antiepileptika umgestellt werden. Anzustreben ist eine Monotherapie, d.h. Behandlung mit nur einem Medikament, mit der niedrigsten bei dieser Patientin wirksamen Tagesdosis. Um hohe Serumspiegelspitzen zu vermeiden, sollte die Dosis gleichmäßig über den Tag verteilt eingenommen werden.

Da es unter einer Therapie mit mehreren Antiepileptika (Polytherapie) verstärkt zu einer Abnahme der Folsäurekonzentration im Blut kommen kann, und tierexperimentell durch Folsäuremangel Spaltbildungen des Gesichtsschädels und Neuralrohrdefekte herbeigeführt werden konnten, wird epilepsiekranken Frauen empfohlen schon vor Beginn einer Schwangerschaft und während der ersten drei Schwangerschaftsmonate 5 mg Folsäure pro Tag einzunehmen. Auch eine Monotherapie kann zu einer Abnahme der Folsäurekonzentration im Blut führen.

Einfluß der Schwangerschaft auf den Epilepsieverlauf

Bei der Mehrzahl der Frauen mit Epilepsie hat eine Schwangerschaft keinen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf der Grunderkrankung Epilepsie. Nur eine Minderzahl der Frauen berichten von einer Verschlechterung der Anfallssituation. Dagegen kann sich die Symptomatik in nicht wenigen Fällen auch bessern. Bei nicht wenigen Frauen mit Epilepsie sind die Anfälle erstmals in der Schwangerschaft aufgetreten.

Eine Zunahme der Anfallsfrequenz während einer Schwangerschaft kann in Verbindung mit dem Anfall der Plasmakonzentration an Antiepileptika stehen. Dafür gibt es verschiedene Gründe.

- Weglassen bzw. Reduktion der antiepileptischen Medikamente aus Angst vor kindlichen Fehlbildungen.
- Schwangerschaftsbedingtes Absinken der Plasmakonzentration bei bestimmten Antiepileptika (insbes. Phenytoin, Phenobarbital und Primidon) trotz korrekter Medikamenteneinnahme.
Als Ursachen kommen hierfür in Frage:
 - eine verminderte Aufnahme über den Magen-Darm-Trakt,
 - ein verstärkter Ab- und Umbau in der Leber,
 - eine erhöhte Ausscheidung über die Nieren,
 - eine herabgesetzte Bindung an Transporteiweißen und ein erhöhtes Verteilungsvolumen durch die Zunahme des mütterlichen Plasmavolumens sowie die Ausdehnung auf den zusätzlichen kindlichen Raum (Embryo/Fetus und Mutterkuchen).
- Auch in der Schwangerschaft häufig eingesetzte Zusatzmedikamente wie Abführmittel (Laxantien) und Substanzen, die die Harnausscheidung steigern (Diuretika) können den Serumspiegel beeinflussen.
- Weiterhin können Schwangerschaftskomplikationen wie Gestosen (schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit erhöhter Flüssigkeitseinlagerung in das Gewebe und Eiweißausscheidung im Urin) zu einer relativen Underdosierung mit Antiepileptika führen.

So ist es möglich, dass im Verlauf einer Schwangerschaft ein Mehrbedarf (bis zu 50%) an Antiepileptika entsteht. Darum sollten regelmäßig Serumspiegelbestimmungen durchgeführt werden. Jedoch muss nicht bei jedem Abfall des Serumspiegels die Dosis des Antiepileptikums erhöht werden. Tritt allerdings ein Anfall auf, erscheint eine Dosiserhöhung angeraten.

Als Ursache für die Verschlechterung einer Epilepsie sind schließlich auch Schlafstörungen zu berücksichtigen.

Einfluß der Epilepsie und der Antiepileptika auf den Schwangerschaft- und Geburtsverlauf

Wahrscheinlich treten Schwangerschaftskomplikationen wie Gestosen, vorzeitige Wehen, abnorme Kindslagen und Frühgeburten bei epilepsiekranken Frauen nicht häufiger auf als bei schwangeren Frauen ohne Epilepsie. Auch eine erhöhte Neigung zu Blutungen wird von den meisten Experten bezweifelt. Ebenso scheint die Häufigkeit von spontanen Aborten (Fehlgeburten) bei Frauen mit Epilepsie nicht erhöht zu sein. Dagegen werden induzierte Aborte (Abtreibungen aus medizinischer Indikation) bei epilepsiekranken Frauen aus unterschiedlichen Gründen noch immer häufiger vorgenommen als im Bevölkerungsdurchschnitt. So raten manche Ärzte auch heute noch – aus Unkenntnis oder Besorgnis – trotz des relativ niedrigen Risikos für Mutter und Kind zu einer Abtreibung aus "medizinischen Gründen".

Vom Beginn der Schwangerschaft an sollten bei epilepsiekranken Frauen regelmäßig geburtshilfliche Kontrollen durchgeführt werden. Eine längerdauernde Behandlung mit bestimmten Antiepileptika wie Phenytoin oder Phenobarbital kann zu einem Mangel an aktivem Vitamin-D führen. Bei schwangeren Frauen mit Epilepsie sollte daher besonders auf eine Vitamin-D-haltige Ernährung und eine ausreichende Sonnenexposition geachtet werden. Um einer Rachitis vorzubeugen ist es sinnvoll, auch dem Säugling später regelmäßig ausreichend Vitamin-D zu verabreichen.

Ob Anfälle während der Schwangerschaft dem ungeborenen Kind schaden, ist noch nicht sicher geklärt. Man geht heute davon aus, dass sie für das Kind nur dann schädlich sind, wenn sie sehr lange andauern oder wenn die Mutter sich bei einem Anfall schwer verletzt. Es wurde berichtet, dass die kindliche Herzfrequenz während eines großen Anfalls absinkt, so dass möglicherweise ein Sauerstoffmangel auftreten kann.

Ein während einer Schwangerschaft extrem seltener Status epilepticus stellt dagegen eine lebensbedrohliche Gefährdung für Mutter und Kind dar. Bei sofort einsetzender Notfalltherapie ist heute nur noch selten eine Schwangerschaftsunterbrechung notwendig. Noch vor wenigen Jahren war in etwa einem Drittel der Fälle mit dem Tod der Mutter und in der Hälfte der Fälle mit dem Tod des Ungeborenen zu rechnen.

Der Geburtsverlauf scheint sich bei Müttern mit Epilepsie nicht von dem bei anderen Frauen zu unterscheiden. Wichtig ist es, den Geburtshelfer rechtzeitig über die Art der Epilepsie und die derzeitige Medikation zu unterrichten. Um Anfällen unter der Geburt vorzubeugen, ist darauf zu achten, dass auch im Kreißsaal die nötigen Antiepileptika weitergegeben werden. Wohl aus Furcht vor möglichen Komplikationen (wie etwa einem Anfall unter der Geburt) werden bei epilepsiekranken Frauen häufiger als im Durchschnitt Wehen eingeleitet oder ein Kaiserschnitt durchgeführt, obwohl dies nicht geburtshilflich indiziert ist. Ein Kaiserschnitt ist jedoch dann sinnvoll, wenn während der Wehenphase wiederholt Grand mal-Anfälle auftreten oder bei der werdenden Mutter anhaltende Bewusstseinsstörungen beobachtet werden, so dass sie den Geburtsverlauf nicht aktiv unterstützen kann.

Auswirkungen der Epilepsie und der Antiepileptika auf das Neugeborene

Schwangerschaftskomplikationen treten bei Frauen mit Epilepsie wahrscheinlich nicht häufiger auf als bei unbelasteten Frauen. Der Geburtsverlauf unterscheidet sich in der Regel nicht von dem bei Frauen ohne Epilepsie. Eine Reihe immer wieder beobachteter zusätzlicher Risiken machen aber besondere Maßnahmen erforderlich. Eine kontinuierliche Betreuung für das Neugeborene durch einen Kinderarzt mit wenigstens wöchentlicher Gewichtskontrolle und Verhaltensbeobachtungen ist angezeigt.

- Bei Neugeborenen können in den ersten Lebenstagen, meist während oder unmittelbar nach der Geburt, Gerinnungsstörungen auftreten, wenn die Mutter während der Schwangerschaft enzyminduzierende Antiepileptika (z.B. Phenytoin, Phenobarbital, Primidon, Carbamazepin) eingenommen hat. Es besteht dann die Gefahr von Hirnblutungen und Blutungen in den Bauchraum. Eine vorbeugende Behandlung dieser Mütter vor der Geburt und der Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt mit Vitamin-K (Dosierung beim

Neugeborenen: 3 x 2mg Vitamin-K oral) ist deshalb nötig.

- Bei Kindern epilepsiekranker Mütter, die während der Schwangerschaft Antiepileptika eingenommen haben, treten nicht selten Verhaltensauffälligkeiten in der Neugeborenenperiode auf. Es werden sowohl sedative Effekte (Zeichen der beruhigenden Wirkung der Antiepileptika: Schläfrigkeit, Trinkschwäche, verminderte Muskelspannung) als auch Entzugssymptome (starke Unruhe, häufiges und heftiges Schreien, Zittern, Zucken, Erschrecken, Spucken, Erbrechen, Durchfall oder erhöhte Muskelspannung) beschrieben.

Zu einer besonders starken Sedierung kommt es nach Phenobarbital und Primidon. Meist ist die Sedierungsphase nach etwa einer Woche beendet. Die oft dann erst einsetzenden Entzugserscheinungen können aber noch einige Tage bis mehrere Monate anhalten.

- Neugeborene epilepsiekranker Mütter sind im Durchschnitt etwas leichter und ihr Kopfumfang ist etwas kleiner als bei Neugeborenen von Müttern ohne Epilepsie. Dies gilt insbesondere für Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft Primidon bzw. Phenobarbital in Monotherapie einnahmen.

Bei Kindern von Frauen mit Epilepsie treten etwas häufiger als bei Kindern nichtepileptischer Frauen sog. kleine Anomalien wie breite Nasenwurzel, Epikanthus ("Mongolenfalte"), kurze, aufgeworfene Nase, auseinanderstehende Augen oder ungenügende Ausbildung der Nägel und Endglieder der Finger und Zehen auf. Auch kleinerer Kopfumfang und kognitive Einschränkungen wurden beschrieben. Ein Zusammenhang dieser relativ seltenen Störungen mit der Einnahme von Antiepileptika während der Schwangerschaft ist nach neueren Untersuchungen unwahrscheinlich.

- Dystrophie (Gedeihstörung), Frühgeburt und auffälliges Verhalten führen bei Neugeborenen von Frauen mit Epilepsie häufiger zu einer Verlegung in eine Kinderklinik als beim Durchschnitt der Neugeborenen.
- Die Sterblichkeit für das Kind im Zeitraum um die Geburt (Perinatalperiode: 29. Schwangerschaftswoche bis 7. Lebenstag) ist etwa doppelt so hoch wie bei Kindern, deren Mütter nicht an Epilepsie leiden. Die genaue Ursache dafür ist noch immer nicht geklärt.

Stillen

Auch eine Mutter mit Epilepsie sollte ihren Säugling wenn möglich stillen. Durch das Stillen entsteht eine enge Verbindung zwischen Mutter und Kind. Darüber hinaus ist Stillen aus ernährungsphysiologischen Gründen unbedingt zu empfehlen (so treten z.B. Antikörper der Mutter in die Muttermilch über und schützen den Säugling in den ersten Wochen und Monaten vor Infektionen).

Wird der Säugling durch das mit der Muttermilch aufgenommene Antiepileptikum stark sediert (beruhigt), kann dies zu einer Trinkschwäche und unzureichender Gewichtszunahme führen. Eine starke Sedierung des Säuglings kann man häufiger dann beobachten, wenn die Mutter hohe Dosen Primidon, Phenobarbital oder Benzodiazepine benötigt, da diese Substanzen von der kindlichen Leber in den ersten Lebenstagen nur sehr langsam abgebaut werden. Es kann daher nötig werden, die Trinkmenge an der Brust zu reduzieren und eine Mahlzeit zuzufüttern. Nur selten ist es nötig, ganz abzustillen.

Auf der anderen Seite können die mit der Muttermilch aufgenommenen, meist relativ niedrigen Dosen an Antiepileptika den bei einigen Kindern auftretenden plötzlichen Medikamentenentzug nach der Geburt abmildern. Die oben geschilderten Verhaltensauffälligkeiten treten bei gestillten Kindern epilepsiekranker Mütter in einem wesentlichen geringeren Maße auf als bei ungestillten.

Wochenbett

Bei etwa einem Viertel der Frauen sind im Kreißaal und in den ersten vier Wochen nach der Geburt ein bis mehrere epileptische Anfälle zu beobachten. Ursache davon sind in der Regel Schlafentzug und unregelmäßige Einnahme bzw. Nichteinnahme der Antiepileptika.

Unmittelbar nach der Geburt eines Kindes ist die Mutter in den meisten Fällen trotz Erschöpfung in einem Zustand des "Aufgeregtheits", so dass sie nicht in der Lage ist, den Mangel an Schlaf der letzten Tage nachzuholen. In der Folgezeit kann häufiges Wecken in der Nacht (wenn das Baby schreit, gefüttert oder trockengelegt werden will) auch weiterhin zu Schlafentzug führen.

Damit die junge Mutter zu ausreichendem Nachtschlaf kommt, kann z.B. der Partner, ein Familienmitglied oder auch ein externer Pflegedienst nachts die Versorgung des Säuglings übernehmen. Das Stillen braucht dadurch nicht aufgegeben zu werden. Die Pflegeperson kann nachts die am Tag abgepumpte Milch an den Säugling verfüttern.

Auch die unregelmäßige Medikamenteneinnahme während und nach der Geburt (durch die Turbulenz im Kreißaal und einen unregelmäßigen Tagesablauf nach der Geburt des Kindes) kann zu Anfällen führen. Da das Verteilungsvolumen mit der Geburt ganz plötzlich absinkt, kommt es u.U. nach der Geburt eines Kindes zu einer Sedierung der Mutter aufgrund eines starken Anstiegs der Serumkonzentration an Antiepileptika. Es ist wichtig, in den ersten Wochenbetttagen auf Intoxikationszeichen (Vergiftungserscheinungen) zu achten und ggf. die Dosis zu reduzieren.

Da für das Neugeborene die Gefahr besteht, dass es sich bei einem Anfall der Mutter eine Verletzung zuzieht, sollten von der anfallsgefährdeten Mutter (je nach Anfallsart) Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit ihrem Kind beachtet werden. So kann es geboten erscheinen, das Kind nur in Anwesenheit einer dritten Person zu baden. Das Wickeln sollte u.U. auf möglichst niedriger Unterlage oder auf dem Boden geschehen. Der Säugling sollte in entsprechenden Fällen nur im Sitzen auf den Arm gehalten und nur wenig herumgetragen werden.

Bei allen Ratschlägen im einzelnen ist immer im Auge zu behalten, dass oberstes Ziel von Information und Beratung die tatkräftige Unterstützung der epilepsiekranken jungen Mutter ist. Ungerechtfertigte Ängste sollten ihr genommen werden. Stattdessen aber Strategien zur Vermeidung von Risiken durchdacht und realisiert werden.

Weiterführende Materialien

- Betts, T., Boden, S.: Frauen mit Epilepsie, ihre Krankheit, ihre Sexualität. *epilepsie* 38 (1991) 25-26
- Delgado-Escueta, A.V., Janz D.: Richtlinien zur präkonzeptionellen Beratung, Behandlung und Betreuung von schwangeren Frauen mit Epilepsie. *Epilepsie-Blätter* 6 (1993) 17
- Doose, H.: Schwangerschaft, Geburt, Kindesentwicklung. In: Doose, H.: *Epilepsien im Kindes- und Jugendalter*, Desitin Arzneimittel GmbH, Hamburg, 10. Aufl. 1985, 338-342
- Empfehlungen zur Beratung und Betreuung von epilepsiekranken Frauen im gebärfähigen Alter. In: *Epilepsie-Blätter* 2 (1989) 18-19
- Janz, D., Dam, M., Richens, A., Bossi, L., Helge, H., Schmidt, D. (Eds): *Epilepsy, pregnancy and the child*. Raven Press, New York 1982
- Janz, D.: Are antiepileptic drugs harmful when taken during pregnancy? *J. Perinat. Med.* 22 (1994) 367-375
- Hopkins, A.: *Epilepsy and pregnancy*. Chapman and Hall, London 1987, 388-399

- Kreiling, A., Schüler, G., Thorbecke, R.: Sozialarbeit bei Epilepsie 2, Stiftung Michael, Bonn 1985 (Dieser Sammelband enthält eine Reihe von weiteren Aufsätzen zum Thema.)
- Leppert, D., Wieser, H.G.: Schwangerschaft, Antikonzepktion und Epilepsie. Nervenarzt 64 (1993) 494-503
- Morell, M.J.: The new antiepileptic drugs and women. Efficacy, reproductive health, pregnancy and fetal outcome. Epilepsia 37 (1996) suppl. 6, s34-s44
- Moslet, U., Hansen, E.S.: A review of vitamin K, epilepsy and pregnancy. Acta Neurol. Scand. 85 (1992) 39-43
- Rating, D., Koch, S., Jaeger-Roman, E., Helge, H.: Kinder epileptischer Mütter. In: Nissen, G. (Hrsg): Anfallskrankheiten aus interdisziplinärer Sicht. Hans Huber, Bern 1993, 209-215
- Ried, S., Beck-Mannagetta, G.: Epilepsie und Kinderwunsch. 2. Auflage 2001 Blackwell Wissenschaftsverlag Berlin
- Schmidt, D.: Schwangerschaft und Epilepsie. In: Schmidt, D.: Epilepsie – Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis. Schattauer, Stuttgart 1997, 90-92

Video

- Elles dansent avec la vie. (1995/24 Min.) Der Film erhielt beim Int. audiovisuellen Festival 1997 eine Goldmedaille.
- Women with epilepsy II (1995/17 Min.) Das Video vermittelt eine Fülle wichtiger Informationen. Als Experten spielen aber praktisch nur Männer eine Rolle.
Die Filme sind im Informationszentrum archiviert, können aber nicht verliehen werden.

Informationsblätter

- Epilepsie und Kinderwunsch und Wissenswertes über das Europäische Schwangerschaftsregister EURAP Internet: www.eurap.de Broschüre 2008 und Kontakte
- Frauen mit Kinderwunsch. Aspekte. Zu beziehen über: Deutsche Epilepsievereinigung (Adresse s.u. Hinweise)
- Empfehlungen zur Beratung und Betreuung von epilepsiekranken Frauen im gebärfähigen Alter. Zu beziehen über: Stiftung Michael (Adresse s.u. Hinweise) Internet: www.stiftung-michael.de
- Kinderwunsch und Epilepsie. Epi-info. Zu beziehen über: Schweizerische Epilepsie-Klinik, Bleulerstr. 60, CH-8008 Zürich oder Internet: www.swissepil.ch unter „Epilepsie-info“.

Folgende Informationsblätter behandeln angrenzende Themen: 005 Epilepsie und Vererbung, 100 Sexualität und Partnerschaft, 103 Kindliche Störungen

Adressen

- Ausschuß der Internationalen Liga gegen Epilepsie zu Fragen der Genetik, Schwangerschaft und Kindesentwicklung. Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. J. Bauer, Klinik f. Epileptologie der Uni Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn, tel 0228/287-6712, fax 0228/287-6294
- Die Adressen finden sie auf der Webseite Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. <http://www.bvdh.de/>

Hinweise

- Das Schwerpunktheft „Schwangerschaft und Geburt“ der Zeitschrift „einfälle“ (13, 1985) enthält neben immer noch aufschlußreichen Artikeln zum Thema auch anschauliche Betroffenenberichte.
- Informationen über Epilepsie sind erhältlich auch über: Deutsche Epilepsievereinigung/einfälle, Zillestr. 102 10585 Berlin, tel 030/3424414, fax 030/3424466; Internet: www.epilepsie.sh
- Stiftung Michael, Münzkamp 5, 22339 Hamburg, tel: 040/5388540, fax: 040/538-1559
Internet: www.Stiftung-Michael.de

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Epileptologie

