

Tropenmedizinische Probleme von Schwangerschaft und Geburt

Autor(en): **Sigg-Farner, Claudia**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **78 (1980)**

Heft 6

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951161>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Tropenmedizinische Probleme von Schwangerschaft und Geburt

Dr. med. Claudia Sigg-Farner

Mehr und mehr werden schweizerische Entwicklungshelfer und Techniker mit ihren Familien für längerfristige berufliche Einsätze in tropische oder subtropische Regionen gesandt. Diese Entwicklung lässt die spezifischen tropenmedizinischen Probleme von Schwangerschaft und Geburt zunehmend an Bedeutung gewinnen, und es zeigt sich diesbezüglich in der Praxis weitherum eine grosse Unsicherheit.

Bei der Tropentauglichkeit wird in neuerer Zeit zu Recht der psychischen Konstitution eine hohe Bedeutung beigemessen, haben doch Erschwerungen der gewohnten Lebensführung und Schwierigkeiten aller Art bei der Arbeitsverrichtung fast überall zugenommen. Wie Tagesereignisse beweisen, ist auch die persönliche Sicherheit nicht mehr in allen Tropengebieten ständig gewährleistet.

Kinder ertragen das Tropenklima und die erwähnten Erschwerungen besser als Erwachsene. Verheiratete Frauen werden durch das meistens im Überfluss vorhandene Hilfspersonal oft von ihren Haushaltspflichten so sehr entlastet, dass Langeweile (evtl. Alkoholismus) aufkommen kann.

Schwangerschaft und Geburt in den Tropen

Jedes ausreisende Ehepaar sollte sich bereits vor seiner Abreise überlegen, ob es während des Auslandsaufenthaltes Kinder haben will und ob eine Geburt allenfalls im Ausland stattfinden soll. Schwangerschaft und Geburt sind selbstverständlich auch in den Tropen möglich, beinhalten aber höhere und häufig verkannte Gefahren für Mutter und Kind.

Falls eine Schwangerschaft nicht gewünscht wird, sollte vor der Ausreise eine gynäkologische Untersuchung und Beratung stattfinden. Die gewählte Kontrazeption sollte einige Monate vor der Ausreise ausprobiert werden, damit Unverträglichkeiten nicht erst im Ausland entdeckt werden. Nicht alle Mittel sind überall erhältlich, so dass es sich empfiehlt, einen angemessenen Vorrat mitzunehmen. Die meisten Produkte sind, richtig verpackt, auch bei tropischer Hitze und Feuchtigkeit lange haltbar.

Eine Schwangerschaft in den Tropen bedeutet ein leicht erhöhtes Infektionsrisiko, insbesondere für Malaria. Es ist deshalb wichtig, zu wissen, welche Mittel die Schwangere nehmen darf, ohne ihr Kind damit zu gefährden. Hierauf wird später zurückzukommen sein.

Für die Frage, ob eine Schwangere zur Geburt in die Schweiz zurückkehren soll oder nicht, ist die Quali-

tät der medizinischen Infrastruktur am ausländischen Wohnort entscheidend. Wenn man Spitäler in tropischen Gebieten und ihre (häufig nicht funktionierenden) Einrichtungen kennt, so kann kein Zweifel daran bestehen, dass unsere Spitäler für jede Geburtskomplikation unvergleichlich viel besser gewappnet sind. Auch das Infektionsrisiko sub partu ist hier aus klimatischen Gründen und dank besserer Hygiene erheblich kleiner. Besonders Erstgebärenden und Frauen mit voraussehbar erhöhten Risiken (enges Becken, Rhesusinkompatibilität, Diabetes mellitus, Hypertonie, Nierenkrankheiten usw.) sollte zu einer Rückkehr in die Schweiz spätestens 4 bis 6 Wochen vor dem Termin geraten werden.

Bei Mehrgebärenden, welche früher keine Geburtskomplikationen hatten, ist es eine Ermessensfrage, ob man für die Geburt zur Rückkehr raten soll oder nicht. Für eine Rückkehr spricht vor allem die gute neonatologische Betreuung in unseren Spitälern.

Ein gesunder Säugling kann ohne weiteres mit seiner Mutter 6 Wochen nach der Geburt wieder in die Tropen zurückreisen. Man wird ihn vorteilhafterweise vorher gegen Poliomyelitis und Tuberkulose impfen (beide Krankheiten sind in Entwicklungsländern noch recht häufig); sofern örtlich nötig, ist sofort mit der Malariaprophylaxe zu beginnen.

Impfungen in der Schwangerschaft

Prinzipiell sollte während der Gravidität (vor allem im ersten Trimenon) nicht mit Lebendvakzinen geimpft werden. Pocken-, Masern-, Röteln-, BCG- und Gelbfieberimpfung sind deshalb zu unterlassen. Falls die Gravide in ein endemisches Gelbfiebergebiet ausreisen möchte, ist wegen des eigenen Risikos von der Reise abzuraten. Im Falle eines bestehenden Impfbefreiungsbereichs bei geringem Erkrankungsrisiko (wie momentan bei den Pocken) kann sich die Gravide mit einem Arztzeugnis dispensieren lassen. Ein solches Impfbefreiungszeugnis muss vom Kantonsarzt beglaubigt werden.

Impfungen mit abgetöteten Bakterien (z.B. Cholera-, Tetanus- und Polioimpfung [Salk]) sind dagegen möglich und erlaubt. Die Tetanusimpfung ist sogar sehr erwünscht, da Tetanus im Wochenbett – ausgehend von einer Uterusinfektion – und bei Neugeborenen (Nabeltetanus) noch immer sehr häufig sind. Auch die Injektion von Gammaglobulin als Hepatitisprophylaxe ist in der Schwangerschaft erlaubt und sogar zu empfehlen, da eine Hepatitis in der Schwangerschaft oft einen schwereren Verlauf nimmt.

Malaria und Gravidität

Die Schwangerschaft ist keine Kontraindikation für den Gebrauch von Malariamitteln. Die wirkliche Gefahr für die Schwangerschaft ist nicht die Chemoprophylaxe, sondern die Malaria. Wegen der herabgesetzten Resistenz erkrankten Schwangere häufiger an Malaria, und zudem nimmt die Krankheit, besonders in der Spätschwangerschaft und im Wochenbett, vermehrt einen schwereren Verlauf (z. B. als zerebrale Malaria). Ein Malariaanfall löst häufig auch einen Abort aus. Bei einer Erkrankung kurz vor der Geburt können Plasmodien ins kindliche Blut übertreten und beim Kind postpartal zu einer kongenitalen Malaria führen. Die Prophylaxe ist deshalb in allen Malariagebieten während der Gravidität besonders indiziert. Eine Malariaprophylaxe mit Chloroquin (Nivaquine®, Resochin®) oder Amodiaquin (Camoquin®, Flaviquin®) ist ungefährlich. Sie wirkt nicht teratogen und hat auch keine abortauslösende Wirkung. Wegen der guten Plazentagängigkeit schützt sie auch den Fötus und das

Kind während der ersten Lebensstage. Beim Stillen wird Chloroquin in geringen Spuren mit der Milch ausgeschieden und kann auch auf diese Weise beim Neugeborenen eine Wirkung entfalten. Es sind Fälle bekannt, wo Malariaanfalle bei Neugeborenen durch Chloroquineinnahme der stillenden Mutter abgeheilt sind. Die Wahl des Mittels und die Dosierung richten sich nach Endemiegebiet und Körpergewicht.

Andere Tropenkrankheiten in der Gravidität

Tropenkrankheiten sind meistens Infektionskrankheiten. Prophylaxe ist möglich durch Impfungen, prophylaktische Einnahme von Medikamenten und hygienischen Massnahmen (Wasserabkochen, Händewaschen, Schuhtragen usw.). Um diese Krankheiten im Krankheitsfall zu bekämpfen, gibt es viele unterschiedlich wirksame und in ihrer Toxizität auch sehr unterschiedliche Mittel. Die Chemotherapie bei Schwangeren ist verschieden zu handhaben, je nachdem, ob es sich um eine chronische Infektion handelt, die den Allgemeinzustand der Mutter nicht stark beeinträchtigt, oder um eine schwere und akute Infektion, die sowohl Mutter als auch Kind gefährdet. Zu unterscheiden ist ferner, ob nur die Mutter oder auch das Kind erkrankt.

Viele Tropenkrankheiten verlaufen chronisch und sind nicht akut lebensbedrohlich. Dazu gehören die Schistosomiasen, die Filariasen, die Leishmaniasen, verschiedene Hautinfektionen (z. B. Mykosen), Treponematosen und durch Mykobakterien verursachte Infektionen (mit Ausnahme der Lues und aktiven Tuberkulose, welche eine Therapie erfordern), ferner die meisten Darmparasiten. Mit der Therapie kann hier bis nach Geburt und Stillzeit abgewartet werden.

Falls eine Therapie notwendig ist, stellt sich die Frage nach der Wahl des Medikaments. Dieses sollte wenn möglich nicht teratogen oder embryotoxisch wirken und auch keine anderen Nebenerscheinungen auf den Föten haben. Häufig wird das relative Risiko einer nichtbehandelten Infektion gegen das mögliche theoretische Risiko bei einer Verabreichung von bestimmten Medikamenten abzuwägen sein. Dies ist im Einzelfall nicht immer leicht und verlangt eine verantwortliche Entscheidung.

Im folgenden möchte ich einige Beispiele herausgreifen:

a) Infektion des Magen-Darm-Traktes

Bei Durchfall wird man als erstes die Ursache suchen und eine symptomatische Therapie mit Volumenersatz, Elektrolytausgleich und Diät durchführen. Bei alimentär und viral bedingtem Durchfall sollte dies genügen, ebenso bei Salmonellen der Enteritidisgruppe. Bakterielle Infektionen wie Typhus und Cholera benötigen eine spezifische Therapie.

Eine chronische, nichtinvasive intestinale *Amöbiasis* mit gelegentlichen Durchfällen ohne Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes der Graviden kann ebenfalls bis nach Abschluss der Stillzeit ohne Therapie beobachtet werden. Eine akute *Amöbiasis* muss hingegen behandelt werden, um das Auftreten von Komplikationen zu verhindern. Eine transplazentäre Erkrankung des Föten mit anschliessender kongenitaler *Amöbiasis* ist nicht bekannt, hingegen ist eine Infektion sub partu möglich. Maligne Verläufe einer intestinalen *Amöbiasis* im Wochenbett werden in den Tropen relativ häufig beobachtet.

b) Darmparasiten

Ein leichter Wurmbefall erlaubt ohne weiteres ein Zuwarten mit der Therapie. Lediglich bei einem Befall mit *Ankylostomen* in einem Ausmass, welches eine Anämie verursacht, oder bei *Trichiuren*befall mit erheblichen abdominellen Beschwerden ist eine rasche Therapie notwendig.

c) Trypanosomiasis und weitere seltene Tropenkrankheiten

Die Gefahr, dass eine Schwangere aus Europa an einer amerikanischen oder afrikanischen *Trypanosomiasis* erkrankt, ist äusserst klein; dies wäre so schwerwiegend, dass sofort und ohne Rücksicht auf das Kind eine Therapie eingeleitet werden müsste.

Weitere Tropenkrankheiten wie Flecktyphus, Pest und Rückfallfieber erfordern antibiotische Therapie, welche ungeachtet der Schwangerschaft auf jeden Fall durchgeführt werden muss. Für das Verhalten bei Rabiesverdacht gelten die allgemeinen Richtlinien; in Anbetracht der praktisch immer tödlich verlaufenden Erkrankung kann bei dringendem Infektionsverdacht keine Rücksicht auf die Gravidität genommen werden.

Viele Probleme, welche sich im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt in den Tropen stellen, lassen sich nicht allgemein lösen, sondern erfordern in jedem einzelnen Fall ein Abschätzen aller Faktoren und Risiken.

Zusammenfassung:

Schwangerschaft und Geburt in den Tropen beinhalten ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Mutter und häufig eine mangelhafte neonatologische Betreuung für das Kind. Erstgebärenden und Graviden mit Risikoschwangerschaften ist deshalb zur Rückkehr zur Geburt zu raten. Gesunde Säuglinge können (gegen Poliomyelitis und Tuberkulose geimpft) mit 6 Wochen in die Tropen mitgenommen werden. Impfungen mit Lebendvakzinen sind in der Gravidität kontraindiziert. Impfungen mit abgetöteten Bakterien dürfen hingegen durchgeführt werden. Die Malaria kann einen Abort auslösen und zeigt in der Schwangerschaft und im Wochenbett häufig einen schwereren Verlauf.

Bei chronisch verlaufenden, für die Mutter nicht lebensbedrohlichen Tropenkrankheiten kann mit der Therapie bis nach der Geburt und Stillzeit abgewartet werden. Bei schweren Krankheiten muss die Therapie ohne Rücksicht auf die Gravidität durchgeführt werden. In Einzelfällen ist das Risiko der Erkrankung in der Gravidität gegenüber demjenigen einer möglichen medikamentösen Schädigung des Föten abzuwägen.

Für ein ganz besonderes Baby eine ganz besondere Pampers:



Die Pampers für Frühgeborene.

Diese Pampers wurde speziell entwickelt für Frühgeborene und ihre besonders intensive Pflege:

Das Besondere für's Baby:

- Massgeschneiderte Spezialgrösse für Babys unter 2500 g.
- Die Trockenschicht und das weiche Saugkissen sorgen dafür, dass auch das frühgeborene Baby sich wohlfühlt.

Das Besondere für die intensive Pflege:

- Diese Pampers entspricht dem hohen hygienischen Standard auf Frühgeborenen- und Intensivstationen. Pampers für Frühgeborene sind vor der Verpackung sterilisiert worden.
- Die mehrfach wiederverschliessbaren Klebebänder erleichtern die Überwachung des Frühgeborenen durch das Pflegepersonal – besonders im Inkubator. Noch frische Pampers können dadurch weiter verwendet werden.
- Dank der speziellen Konstruktion und Beschaffenheit von Pampers, gibt es zusätzliche Zeitersparnis durch weniger Wäsche-wechsel.

Mit der Pampers für Frühgeborene ist Pampers ein komplettes Wickelsystem, das alle Anforderungen auf Neugeborenenstationen und in Kinderkliniken erfüllt.

Pampers Babys haben einen trockeneren Start ins Leben.

Wir informieren Sie gern umfassend über die Pampers für Frühgeborene und das komplette Pampers-Programm, wenn Sie uns diesen Coupon schicken. ✂

Klinik _____

Adresse _____

Name _____

Telefon _____



Ärzte- und Klinikberatung
Procter & Gamble AG
80, rue de Lausanne
1211 Genève 2