

Expertenbrief No 30**Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek****Influenza A/ H1N1 bei schwangeren Frauen:
Empfehlungen der gynécologie suisse / SGGG (Stand 18.8.09)**

L. Raio, K. Mühlemann*, D. Surbek, vernehmlasst durch den Vorstand der gynécologie suisse, die Kommission Qualitätssicherung und die Akademie Feto-maternale Medizin

Ausgangslage

Im April 2009 wurde ein neues Influenza A Virus (H1N1) identifiziert welches sich rasch weltweit ausgebreitet hat. Da ein Vorläufer dieses Virus beim Schwein entdeckt wurde, wird diese Influenza auch Schweinegrippe genannt. Die WHO hat, nachdem eine rasche Transmission von Mensch zu Mensch dokumentiert worden war, eine Pandemie ausgerufen. Klinisch manifestiert sich diese Influenza als febrile Infektion v.a. der oberen Luftwege. Generell weisen schwangere Frauen im Rahmen der saisonalen Grippeepidemien ein höheres Risiko für schwerwiegende respiratorische Komplikationen auf als die nichtschwangere Population. Eindrücklich wurde dies bei den Pandemien 1918 und 1957 beobachtet und auch aktuell zeigt das H1N1 Grippevirus, wenn auch deutlich weniger aggressiv, kompliziertere Krankheitsverläufe bei schwangeren Frauen. Neue Daten aus den USA zeigen eine erhöhte Mortalität der Influenza A/ H1N1-Infektion bei Schwangeren. In der amerikanischen Studie (Jamieson et al., Lancet 2009) starben 6 von 34 erkrankten Schwangeren.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat zur Pandemie Influenza A/ H1N1 bereits Stellung bezogen und auf der Basis der nationalen und internationalen Erkenntnissen gilt die Schwangerschaft als ein Zustand mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf dieser Erkrankung.

Die gynécologie suisse / SGGG empfiehlt vorläufig in Übereinstimmung mit dem BAG und der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie bei schwangeren Frauen folgende Massnahmen:

Klinische Verdachtsdiagnose

Schwangere Frauen zeigen die gleichen Symptome wie Nichtschwangere. Bei Fieber $>38^{\circ}\text{C}$ und Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion (grippale Erkrankung) (z.B. Husten, Halsschmerzen, Rhinitis, Atemnot, Kopfschmerz, Gliederschmerz) sollte eine Schweinegrippe mittels empfohlener Testverfahren (nasopharyngealer Abstrich für Virusnachweis mittels RT-PCR) ausgeschlossen werden.

Empfehlungen bei Kinderwunsch

Auf der Basis der aktuellen Erkenntnisse ist es nicht nötig und nicht sinnvoll, den Frauen von einer gewünschten Schwangerschaft abzuraten. Dies kann zu unnötigen Ängsten und Panikreaktionen führen. Auch von einer allfällig geplanten Therapie bei Paarsterilität und bestehendem Kinderwunsch soll nicht abgeraten werden, respektive diese nicht unterbrochen werden. (z.B. In-Vitro Fertilisation).

Therapie mit Oseltamivir (Tamiflu®) bei Schwangeren und in der Stillzeit

Aufgrund der wenig krankmachenden Eigenschaften des Grippevirus A (H1N1) wird zurzeit eine Behandlung mit Tamiflu[□] nur bei Patienten mit hohem Komplikationsrisiko empfohlen. Dazu gehören generell schwangere Frauen mit einer Influenza A/ H1N1 Infektion. Zurzeit ist wenig bekannt, ob der Wirkstoff von Tamiflu[□] auf den Embryo oder den Fetus einen negativen Einfluss haben kann. In Anbetracht der möglichen, schwerwiegenden Komplikationen einer Influenza A/ H1N1 Infektion in der Schwangerschaft sind jedoch die potentiellen Risiken der Tamiflu[□] - Therapie im 2. und 3. Trimester als deutlich kleiner zu erachten als die Risiken der Infektion. Aus diesem Grunde wird eine Therapie in diesem Zeitraum der Schwangerschaft klar empfohlen. Die Therapie mit Tamiflu[□] in der Schwangerschaft muss in jedem Fall vom behandelnden Gynäkologen ausführlich mit der Patientin besprochen werden. Bei Indikationsstellung muss die Therapie gemäss den Empfehlungen korrekt durchgeführt und überwacht werden.

Obwohl die wenigen in der Literatur vorhandenen Daten über Tamiflu[□] bei Schwangeren suggerieren, dass im 1. Trimester kein Teratogenitätsrisiko besteht, sollte die Therapie im 1. Trimester nur unter vorsichtiger Abwägung von Nutzen und Risiko indiziert und mit der Patientin besprochen werden.

In der Stillzeit ist eine Therapie mit Tamiflu® möglich, wenn indiziert. Tamiflu® kann zwar in der Muttermilch nachgewiesen werden, aber in einer um ein Vielfaches kleineren Menge als bei prophylaktischer Dosierung beim Säugling.

Das Medikament Oseltamivir (Tamiflu®) kann die Symptome der Influenza mindern und die Dauer der Krankheit verkürzen. Es kann dadurch die Häufigkeit von schweren Komplikationen oder tödlichen Verläufen reduzieren. Eine antivirale Therapie sollte womöglich innerhalb von 48 h (idealerweise innerhalb von 12 h) nach Beginn der Symptomatik beginnen, und soll bei schwerem Verlauf auch nach 48h noch eingesetzt werden. Die Therapie soll gestoppt werden, wenn das Resultat der mikrobiologischen Abklärung negativ ist für Influenza A/ H1N1.

Therapeutische Dosierung von Oseltamivir (Tamiflu®) in der Schwangerschaft

Tamiflu[□] 2 x 75 mg/Tag p.o. für 5 Tage (Anpassung bei schwerer Nierenfunktionsstörung nötig; siehe Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie). Ausserdem gelten die übliche klinische Beurteilung/Therapie von grippalen Infekten und deren Differentialdiagnosen von schwangeren Patientinnen, insbesondere eine konsequente Fiebersenkung mit physikalischen Massnahmen und Paracetamol, nebst genügender Flüssigkeitszufuhr.

Postexpositionsprophylaxe

Eine medikamentöse Prophylaxe bei Schwangeren mit Tamiflu® nach Kontakt mit Verdachts- oder bestätigtem Influenza Fall wird zurzeit nicht generell empfohlen. Einerseits sind in einer Pandemiewelle wiederholte Expositionen in der Schwangerschaft fast unvermeidlich, und somit wäre eine Schwangere fast ununterbrochen mit Tamiflu® zu behandeln, und andererseits bestehen Bedenken hinsichtlich einer möglichen Resistenzentwicklung, welche bisher vorab bei der prophylaktischen Dosierung beschrieben ist. Dennoch sollte dies mit exponierten Schwangeren besprochen werden, und auf Wunsch der Schwangeren kann unter Umständen eine prophylaktische Gabe von Tamiflu® indiziert sein. Falls eine Prophylaxe indiziert wird, sollte diese wie folgt durchgeführt werden: Tamiflu® 1x 75 mg/Tag p.o. für 10 Tage.

In jedem Falle sollen Risikopatientinnen aber angewiesen werden, sich bei Auftreten von Grippe-symptomen sofort für eine Konsultation zu melden, damit wenn nötig früh im Krankheitsverlauf (innert 12 - 48h) mit einer Tamiflu® Therapie begonnen werden kann.

Kostenübernahme

Die Therapie mit Tamiflu in der Schwangerschaft wird von den Krankenkassen gemäss BAG übernommen.

Arbeitsexposition und Mutterschutz:

Zur Zeit gibt es keine Empfehlung, dass schwangere Frauen ohne Grippe-symptome – wie auch andere Personen – nicht zur Arbeit gehen sollten. Das BAG informiert über Empfehlungen hinsichtlich der Arbeit (siehe Empfehlungen des BAG: www.bag.admin.ch). Bei besonderer beruflicher Influenza A/ H1N1-Exposition der Schwangeren sollte im Hinblick auf ein mögliches Beschäftigungsverbot gemäss Mutterschutzgesetz (siehe www.travailsuisse.ch) individuell vorgegangen werden.

Hygienemassnahmen: Schutz in Praxen und Kliniken

Hygienemassnahmen müssen gemäss Richtlinien des BAG insbesondere auch bei der Betreuung von Schwangeren, von den Schwangeren selbst und von deren Familienmitgliedern konsequent angewendet werden. Infektiös ist man 1 Tag vor Ausbruch der Erkrankung und bis zur Abheilung der Symptome, also in der Regel 8 Tage! Das Tragen einer Gesichtsmaske ist imperativ bei Symptomen. In Arztpraxen und Kliniken, in welchen Schwangere betreut werden, sollten besondere Vorsichtsmassnahmen getroffen werden. Insbesondere soll zum Schutz der Schwangeren die Möglichkeit zur Händedesinfektion und Abgabe von Schutzmasken für Personen mit Fieber oder Erklärungszeichen gegeben sein.

Impfung in der Schwangerschaft

Die EKIF (Eidgenössische Kommission für Impffragen) empfiehlt in ihrem Bulletin vom 13.8.2009 die Impfung von schwangeren Frauen (vorzugsweise ab dem 2. Trimenon) und Frauen nach der Geburt sobald genügend Impfstoff vorhanden ist. Dies gilt auch für die saisonale Grippeepidemie.

Referenzen

- Jamieson DJ et al. Novel Influenza A (H1N1) Pregnancy Working Group. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. Lancet 2009 Aug 8;374(9688):451-8. Epub 2009 Jul 28
- Tanaka T et al. Safety of neuraminidase inhibitors against novel influenza A (H1N1) in pregnant and breastfeeding women. CMAJ 2009 Jul 7;181(1-2):55-8. Epub 2009 Jun 15.
- BAG: Pandemische Grippe (H1N1) 2009: Situationsbericht des BAG 17.8.2009
- WHO: www.pandemia.ch;
- CDC: Novel Influenza A (H1N1) Virus Infections in three Pregnant women. United States –May 2009, MMWR,15.5.2009 / 58(18);497-500

*Frau Prof. Dr. Kathrin Mühlemann, Leiterin Arbeitsgruppe H1N1, Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie

Datum: 18.8.2009