

Vorgehen bei mütterlichem Varizellenkontakt in der Schwangerschaft

Das Varicella-Zoster-Virus gilt als einer der kontagiösesten Krankheitserreger. Als Exposition gilt schon die mehrere Minuten dauernde Anwesenheit in einem Raum, in dem sich ein Varizellenerkrankter befindet. Da die Infektiosität einer Varizelleninfektion ca. 2 bis 3 Tage vor Ausbruch des Exanthems beginnt, gilt auch der nahe Kontakt zu einer Person, die wenige Tage später an Windpocken erkrankt, als wahrscheinliche Exposition. Bei unkompliziertem Zoster ist die Ansteckungsgefahr verhältnismäßig gering. Hier wird nur in Ausnahmefällen (bei direktem Kontakt zu den Läsionen) eine Gabe von VZIG (s.u.) empfohlen.

1. Kontakt in der Frühschwangerschaft

Das kongenitale Varizellensyndrom ist zwar eine seltene Komplikation der primären Varicella-Zoster-Virus- (VZV-)Infektion in der Schwangerschaft. Die Schädigungen sind jedoch äußerst schwerwiegend. Die Häufigkeit einer Schädigung wird in unterschiedlichen retrospektiven Studien mit 0 bis 9 % angegeben (im Mittel 1 bis 2 %) (1). Bei nachgewiesener intrauteriner Infektion liegt die Schädigungsrate bei circa 12 % (2). Die Varizellen haben zudem in der Schwangerschaft eine erhöhte Komplikations- und Letalitätssrate (3). Circa 5 % der gebärfähigen Frauen in unserem Kulturkreis haben keine Immunität gegen Varizellen (6). Die Frage nach einer durchgemachten Windpockenerkrankung muß daher möglichst noch vor Eintritt einer Schwangerschaft gestellt werden, um ggf. durch aktive Immunisierung die Immunität herzustellen. Ist dem behandelnden Arzt der Varizellenimmunstatus einer Schwangeren nicht bekannt und kann die Schwangere keine Angaben über eine durchgemachte Windpockenerkrankung machen, muß durch einen VZV-IgG-Test schnell geklärt werden, ob eine Immunität besteht. Fällt dieser Test negativ aus, muß im Falle eines Kontaktes in der 1. bis 20. Schwangerschaftswoche (SSW) innerhalb von 72 Stunden (spätestens 96 Stunden) nach Kontakt (s.o.) eine passive Immunisierung mit Varizellen-Hyperimmunglobulin (VZIG) durchgeführt werden. Zum Beispiel Varicellon i.m. 0,2 ml/kg beziehungsweise bei 72 bis 96 Stunden 0,4 ml/kg, Varitect i.v. 1 bis 2 ml/kg. Auch bei seronegativen Schwangeren nach der 20. SSW ist eine Gabe von VZIG zu erwägen, da die Varizelleninfektion in der Schwangerschaft mit einer erhöhten Komplikationsrate und Letalität einhergeht. (3,4,5,6) Selbst bei zeitgerechter Gabe und optimaler Dosierung wird nicht in allen Fällen die Infektion verhindert. In einigen Fällen findet eine asymptomatische Infektion statt, oder die Infektion verläuft mitigiert. Es wird also in jedem Fall eine Ultraschallkontrolle der Stufe II-III in der 22.-25. SSW empfohlen. Die Varizellenerkrankung in der Frühschwangerschaft (bis zur 20. Woche) zieht eine Reihe zusätzlicher Untersuchungen zur pränatalen Vorsorge nach sich und stellt eine schwere psychische Belastung für die Schwangere dar. Da das Schädigungsrisiko im Vergleich zum Beispiel zur Rötelerkrankung relativ niedrig ist, fällt die Entscheidung zu einem Abbruch schwer und die Angst, ein schwer geschädigtes Kind zur Welt zu bringen, bleibt in der Regel für die Dauer der Schwangerschaft bestehen. Auch aus diesem Grund muß in jedem Fall vermieden werden, daß es zu einer Erkrankung während der Schwangerschaft kommt.

2. Varizellenkontakt in der Zeit um den Geburtstermin

Zu einer neonatalen Varizelleninfektion (mit hoher Letalität) kommt es, wenn die Mutter 5 Tage vor bis 3 Tage nach der Geburt an Varizellen erkrankt. Bei Kontakt zu Varizellenerkrankten um den Entbindungszeitpunkt (mit entsprechender Einberechnung einer Inkubationszeit von 2 bis 3 Wochen) wird ebenfalls VZIG wie oben beschrieben verabreicht. Kommt es zu einer abgeschwächten Verlaufsform der Erkrankung, sollte in jedem Fall der Geburtstermin über den kritischen Zeitpunkt hinausgeschoben werden (> 5 Tage), da es trotzdem zu schweren neonatalen Infektionen kommen kann. Bei gesicherter Infektion der Mutter in der Spätschwangerschaft gelten folgende Richtlinien: Erkrankungsbeginn > 6 bis 7 Tage vor Geburtstermin (ab der 37.SSW): i.v. Tokolyse; keine Gabe von VZIG. Erkrankungsbeginn 1 bis 5 Tage vor Geburt: Geburtsverzögerung auf > 5 Tage (ab dem 5. bis 6. Tag mütterliche IgG-Antikörperbildung) Erkrankungsbeginn 0 bis 3 Tage nach der Geburt: VZIG für das Neugeborene, bei Hochrisikokindern zusätzlich Aciclovir i.v. prophylaktisch, sonst erst bei ersten Prodromi; eine Trennung von Mutter und Kind ist nicht nötig. Stillen ist möglich, ggf. sollte Milch abgepumpt werden. Die Neugeborenen sollten 10 bis 12 Tage stationär überwacht werden.