

# SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

## bei Transverser Myelitis, akuter disseminierter Encephalomyelitis und Neuromyelitis optica \*

### Einführung

Was sind Transverse Myelitis, akute disseminierte Encephalomyelitis und Neuromyelitis optica?

Die idiopathische transverse Myelitis (TM) ist eine akute Entzündung des Rückenmarks, die in der Regel auf ein einzelnes Segment begrenzt ist. Neuromyelitis optica (NMO/ Devic-Krankheit) bezeichnet die Entzündung und Demyelinisierung (Entmarkung) des Sehnerven und des Rückenmarks. Die akute disseminierte Encephalomyelitis (ADEM) hingegen bezeichnet eine Demyelinisierung in Gehirn und Rückenmark. Das Ausmaß der Schädigung ist von Fall zu Fall unterschiedlich, daher ist auch die Schwere der Beeinträchtigung verschieden. Manche Patienten erholen sich vom ersten Anfall mit geringen oder gar keinen Beeinträchtigungen. Bei anderen hingegen verbleiben sensorische Symptome, etwa Schmerzen oder Parästhesien (Kribbeln), motorische Einschränkungen bis hin zu Paraplegie (Unfähigkeit, die Beine zu bewegen) oder Tetraplegie (Unfähigkeit, Arme und Beine zu bewegen). Die hier dargestellten Informationen sind auf all diese Formen anwendbar. In diesem Beitrag sprechen wir durchwegs von TM, meinen damit aber alle Patienten, die unter einer Entzündung/Demyelinisierung des Rückenmarks leiden. Bei manchen Patienten besteht ein Rückfallrisiko welches mit einem Arzt besprochen werden sollte.

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

## Vor der Empfängnis/Empfängnis

### **Beeinflusst TM die Empfängnisfähigkeit?**

Der Fruchtbarkeitszyklus ist bei Frauen mit TM im Allgemeinen nicht beeinträchtigt. Die Empfängnisprobleme, die bei Frauen mit TM auftreten sind die gleichen wie auch bei gesunden Frauen. Eventuelle Schwierigkeiten bei der Empfängnis sollten mit einem Gynäkologen oder Fruchtbarkeitsexperten besprochen werden.

Das Risiko einer frühen Fehlgeburt vor der 12. Schwangerschaftswoche wird allgemein auf rund 20% geschätzt. Für Frauen mit TM liegt der Prozentsatz ungefähr im gleichen Bereich. Wurde bei einer Frau eine Autoimmunerkrankung diagnostiziert, z.B. systemischer Lupus erythematodes, so kann das Fehlgeburtsrisiko ansteigen. Das sollte mit einem Facharzt für Geburtshilfe besprochen werden.

### **Gibt es eine bekannte genetische Grundlage für TM, NMO und ADEM? Sollte man dies bei der Entscheidung für eine Schwangerschaft berücksichtigen?**

Es wurden bisher keine spezifischen Untersuchungen durchgeführt, um festzustellen, ob es eine genetische Verankerung von TM, NMO oder ADEM gibt. Bei Untersuchungen über eine andere demyelinisierende Erkrankung, Multiple Sklerose, hat man eine Familientendenz festgestellt. Falls ein genetisches Risiko überhaupt vorliegt, so würde es das Risiko TM, NMO oder ADEM zu bekommen im Verhältnis zur allgemeinen Bevölkerung nur äußerst geringfügig erhöhen. Mit anderen Worten: das Risiko, dass ein unter einer dieser Erkrankungen leidendes Elternteil ein Kind mit einer ähnlichen Krankheit zur Welt bringt, ist extrem gering.

### **Ist eine Beratung vor der Empfängnis für Frauen mit TM oder anderen seltenen neurologischen Erkrankungen empfehlenswert?**

Ja, ein Beratungsgespräch vor der Empfängnis mit einem Perinatologen ist sicher sinnvoll. Ein Perinatologe hat eine Zusatzqualifikation in der Heilkunde für werdende Mütter und Neugeborene. Ein Facharzt für Geburtshilfe bei Risikoschwangerschaften ist dasselbe wie ein Perinatologe. Dabei sollte man beachten, dass manche Fachärzte für Geburtshilfe sich als „zuständig für Risikoschwangerschaften“ bezeichnen, ohne die entsprechende Ausbildung

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

durchlaufen zu haben. Diese Unterscheidung kann wichtig sein, wenn man den richtigen medizinischen Ansprechpartner sucht. Ein Termin bei einem Perinatologen/Facharzt für Geburtshilfe bei Risikoschwangerschaften kann einer Frau helfen, die Art von Betreuung festzustellen, die sie für ihre spezifischen Bedürfnisse braucht. Dazu gehört auch die Auswahl des passenden medizinischen Betreuungspersonals, z.B. ein/e geprüfte/r Hebamme/Entbindungspfleger, ein normaler Arzt für Geburtshilfe oder ein Perinatologe/Arzt für Geburtshilfe bei Risikoschwangerschaften.

### **Welche Gefahr stellt die Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft für das ungeborene Kind dar?**

Die von der Frau vor der Empfängnis eingenommenen Medikamente müssen von Mal zu Mal von einem Arzt für Geburtshilfe oder einem Perinatologen geprüft werden. Die Entscheidung über Veränderung oder Absetzen der Medikation sollte gemeinsam vom Arzt für Geburtshilfe und Neurologen getroffen werden, eventuell (abhängig von der Art der Medikamente) auch zusammen mit einem Psychiater. Dabei wird immer Nutzen gegen Risiko abgewogen. Die Wirkungen vieler Medikamente auf das ungeborene Kind sind nicht bekannt, da es keine diesbezüglichen Untersuchungen an schwangeren Frauen gibt. Viele der bekannten Risiken wurden durch Studien an Tierföten oder anhand von Fallstudien an einer sehr geringen Anzahl von menschlichen Schwangerschaften festgestellt. Die jeweils individuell sinnvolle Medikation muss daher von Fall zu Fall festgestellt werden. Auch vom Standpunkt des Stillens aus ist eine Prüfung der einzunehmenden Medikamente wichtig, denn viele Medikamente finden sich in der Muttermilch wieder. Das ist ein wichtiger Aspekt, wenn auch viele Medikamente bedenkenlos während des Stillens verwendet werden können. Diese Fragen richtet man am besten an eine Stillschwester oder an einen Kinderarzt.

## **Schwangerschaft**

**Welche Komplikationen riskieren Frauen mit TM und ähnlichen Erkrankungen während der Schwangerschaft? Worauf müssen Ärzte für Geburtshilfe bei der Pflege von Patienten mit TM achten?**

**Mobilitätsprobleme:** Diese Komplikation hängt vom Grad der Beeinträchtigung des Einzelnen ab. Wenn es Mobilitätsschwierigkeiten gibt, etwa Gleichgewichts-

\* Englische Originalfassung

Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

probleme oder Krämpfe, dann können sich diese während der Schwangerschaft verschlimmern. Der wachsende Fötus verändert den körperlichen Schwerpunkt der Mutter und das kann zu Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht führen. Sollten Gehschwierigkeiten auftreten, so kann es ab dem vierten Schwangerschaftsmonat erforderlich sein, eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl zu verwenden. Wegen der erheblichen Verletzungsgefahr für Schwangere und Kind ist sehr wichtig, Stürze auf jeden Fall zu vermeiden. Den Sicherheitsaspekt im Auge behaltend, sollte man während der Schwangerschaft so aktiv wie möglich bleiben.

Wenn die Mobilität eingeschränkt ist, kann auch physikalische Therapie hilfreich sein.

**Tiefe Venenthrombose:** Eine tiefe Venenthrombose ist ein Blutgerinnsel, das sich in der Regel im Bein bildet. Es ist potentiell lebensgefährlich, wenn es sich aus den Beinvenen in die Lunge bewegt. Die Schwangerschaft vergrößert das Gerinnungsrisiko. Die Schwierigkeiten schwangerer Frauen, regelmäßig zu gehen kann das Risiko einer tiefen Venenthrombose vergrößern. Fortgesetzte körperliche Aktivität verringert dieses Risiko. Es ist wichtig zu versuchen, so aktiv wie möglich zu bleiben, eventuell auch durch physikalische Therapie. Der Arzt für Geburtshilfe, der sich um die schwangere Patientin kümmert, muss den eventuellen Bedarf nach einer Heparin-Prophylaxe einschätzen, um das Risiko einer tiefen Venenthrombose sowohl während der Schwangerschaft als nach der Geburt zu reduzieren. Zu den Anzeichen und Symptomen der tiefen Venenthrombose gehören ein Anschwellen des betroffenen Beins, Wärme und Rötung.

**Harnwegsinfektion:** Häufige oder chronische Harnwegsinfektionen treten häufig bei TM-Patientinnen mit Blasenproblemen auf. Durch die Schwangerschaft wird eine Verschlimmerung dieses Problem wahrscheinlich, wenn es schon vorher existiert hat. Wird Selbst-Katheterisierung durchgeführt, so wird es mit großer Wahrscheinlichkeit nötig sein, die Häufigkeit der Katheterisierung mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft zu erhöhen. Ursache dafür ist das höhere Zirkulationsvolumen während der Schwangerschaft, das unter anderem zu einem gesteigerten Durchfluss zu den Nieren führt. Das Gewicht der wachsenden Gebärmutter auf Blase und Harnleiter kann Probleme durch Harnrückfluss verursachen. Das bedingt ein höheres Risiko der Entzündung von Blase und Nieren. Der Arzt für Geburtshilfe sollte die Notwendigkeit einer Prophylaxe mit Antibiotika zur Verminderung des Auftretens von Harnwegsinfektionen und Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung) prüfen.

\* Englische Originalfassung

Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

**Verstopfung:** Verstopfung ist ein verbreitetes Problem bei schwangeren Frauen. Hat eine TM-Patientin schon vor der Schwangerschaft Schwierigkeiten beim Stuhlgang/Verstopfung gehabt, so ist es wahrscheinlich, dass diese Schwierigkeiten während der Schwangerschaft verstärkt auftreten.

Die wachsende Gebärmutter schränkt den dem Verdauungssystem zur Verfügung stehenden Platz ein, das Progesteron (ein Schwangerschaftshormon) verlangsamt die Bewegung im Magen-Darm-Trakt und auch die Einnahme von Eisenpräparaten zur Vermeidung einer Anämie kann Verstopfung verursachen. Eine Diät mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr, hohem Anteil an Ballaststoffen und viel Obst und Gemüse ist von großer Hilfe. Es kann auch erforderlich sein, ein den Stuhlgang weichmachendes Medikament zu verwenden, wenn vom betreuenden Arzt verschrieben.

**Anämie:** "Blutarmut", eine Verminderung der Hämoglobinkonzentration im Blut (rote Blutkörperchen) tritt während der Schwangerschaft häufig auf. Abhängig von der Schwere kann der Arzt für Geburtshilfe Eisenpräparate, andere Vitamine oder Diätveränderungen verschreiben, je nach genauer Ursache. Leidet eine Frau bereits unter Anämie wegen eines chronischen Entzündungszustands, so ist es sehr wichtig, diese Frage schon früh in der Schwangerschaft mit dem Arzt für Geburtshilfe zu besprechen.

**Frühwehen:** Mit Frühwehen meint man das verfrühte Einsetzen von regelmäßigen Kontraktionen der Gebärmutter und/oder Veränderungen des Muttermundes zwischen der 20. und 37. Schwangerschaftswoche. Im Allgemeinen ist für Schwangere mit TM das Risiko von Frühwehen nicht höher als bei anderen, allerdings besteht ein höheres Risiko, die Anzeichen und Symptome von Frühwehen nicht zu bemerken. Dieses Risiko ist abhängig von der vorhandenen Beeinträchtigung der sensorischen Wahrnehmung. Die Fähigkeit, Kontraktionen zu erkennen, hängt von der Höhe ab, in der sich die Schädigung des Rückenmarks befindet. Befindet sich die Schädigung unterhalb Th 11, so ist das Erkennen von Kontraktionen der Gebärmutter und die Schmerzempfindung möglich. Bei Schädigungen von Th 6-10 sind Kontraktionen in der Regel erkennbar, aber nicht schmerzhaft. Eine Schädigung bei Th 6 oder darüber verhindert das Fühlen der Kontraktionen. Falls eine veränderte sensorische Wahrnehmung vorliegt, kann es sein, dass die häufig bei Frühwehen vorkommenden Kontraktionen, Krämpfe, Schmerzen im Rücken oder im oberen Teil der Beine nicht erkannt werden. Daher

\* Englische Originalfassung

Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

sollte der Arzt für Geburtshilfe der Schwangeren Anleitungen über Methoden der Tastuntersuchung der Gebärmutter geben und den Zustand des Muttermunds im späten zweiten und im dritten Schwangerschaftsdrittel prüfen, möglicherweise durch Ultraschall oder vaginale Untersuchung.

Eine Kontrolle zu Hause mit einem tragbaren Kardiotokographen (registriert die fötale Herzschlagfrequenz und Aktivität der Gebärmutter) kann ebenfalls in Betracht gezogen werden, um regelmäßige Kontraktionen festzustellen, falls Frühwehen eingetreten sind. Hinweis: Häufige oder chronische Harnwegsinfektionen können das Risiko von Frühwehen vergrößern.

### **Wie können sich die hormonellen Veränderungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt auf meine Erkrankung auswirken?**

Es gibt zwar keine veröffentlichten Berichte, die sich mit dieser Frage für Frauen mit TM, NMO oder ADEM befassen, doch die Untersuchungen an Frauen mit einer anderen demyelinisierenden Erkrankung, Multiple Sklerose, weisen darauf hin, dass ab dem vierten Schwangerschaftsmonat eine natürlicher Rückgang der Immuntätigkeit eintritt. Diese Auswirkung der Schwangerschaft sollte das Risiko eines entzündlichen Anfalls senken. Unmittelbar nach der Geburt könnte das Risiko jedoch wieder ansteigen, besonders bei Frauen, die NMO, rezidivierende TM oder ADEM gehabt haben. Eine sorgfältige medikamentöse Einstellung ist unmittelbar nach der Geburt sehr wichtig.

## **Wehen und Geburt**

### **Wie unterscheiden sich die Wehen bei Frauen mit TM und verwandten Erkrankungen?**

Die eigentlichen Wehen, bei denen die Kontraktionen der Gebärmutter zu einer Dehnung des Muttermunds führen, sind für Frauen mit TM nicht anders als bei allen anderen. Die Wehen sind ein unwillentlicher Vorgang. Wie immer bei Wehen besteht die Gefahr, dass die volle Dehnung des Muttermunds (10 cm) nicht erreicht wird. Es besteht auch das Risiko, dass der Fötus sich nicht senkt, was an verschiedenen Ursachen liegen kann, darunter die Größe des Fötus, die Größe und Form der Beckenhöhle der Frau und die Stellung des Fötus. Wird durch die Wehen die volle Dehnung des Muttermunds erreicht und senkt sich der Fötus in

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)



die Beckenhöhle so ist eine vaginale Geburt möglich. Sie kann durchgeführt werden, auch wenn die Gebärende in diesem zweiten Stadium nicht in der Lage ist zu drücken. Wenn das Drücken nicht möglich ist, so kann die vaginale Geburt durch den Einsatz einer Geburtszange oder einer Saugglocke erleichtert werden. Diese Methode des „passiven zweiten Stadiums“ wird bei Frauen mit anderen gesundheitlichen Komplikationen, etwa Herzleiden, routinemäßig angewendet. Wenn die Dehnung des Muttermundes nicht fortschreitet und/oder der Fötus sich nicht in die Beckenhöhle senkt, so kann ein Kaiserschnitt erforderlich sein. Ein Kaiserschnitt kann auch schon während der Wehen sinnvoll sein, wenn der Fötus, aus welchen Gründen auch immer, eine Unverträglichkeit gegen die Wehen zeigt. Das ist ein Risikofaktor, der nicht nur TM-Patientinnen betrifft sondern alle Frauen.

### **Was ist autonome Dysreflexie? Warum ist es die potentiell ernsthafteste Komplikation für Frauen mit TM oder verwandten Erkrankungen während der Schwangerschaft und Wehen?**

Die autonome Dysreflexie ist eine potentiell lebensbedrohliche Komplikation der Wehen. Sie tritt in Form einer schnell einsetzenden Hypertonie (erhöhter Blutdruck) auf, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, dazu kann auch Bradykardie (verlangsamter Herzschlag) kommen. Die autonome Dysreflexie wird durch Signale des Rückenmarks verursacht, die von unterhalb des geschädigten Bereichs kommen und unkontrolliert das Rückenmark hinauf wandern. Diese Reflexsignale würden normalerweise oberhalb des geschädigten Rückenmarksbereichs auf ein Rücksignal von Medulla und Hypothalamus (Hirnstamm und Teil des Zwischenhirns) treffen, was hier nicht erfolgt, weil das opponierende Signal nicht durch den geschädigten Bereich nach unten wandern kann. Die autonome Dysreflexie ist eine Komplikation, die bei Patienten mit Rückenmarksschädigungen bei Th 6 oder darüber auftritt. Das Risiko steht teilweise in Zusammenhang mit dem Ausmaß der Schädigung (partiell oder vollständig). Zu den verwandten Symptomen gehören: Angstgefühle, Kopfschmerzen, Gänsehaut, Schweißausbrüche, Atemschwierigkeiten, beschleunigter Herzschlag und Nasenverstopfung. Die Hypertonie und Bradykardie der Mutter können sich auf den Fötus in Form von verminderter Blutzufuhr (Verengung der Blutgefäße in Gebärmutter und Plazenta), verminderter Sauerstoffzufuhr (fötale Hypoxie) und verlangsamtem Herzschlag des Fötus (fötale Bradykardie) übertragen.

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

## Was kann die autonome Dysreflexie während der Schwangerschaft und Wehen auslösen?

Die autonome Dysreflexie kann auf verschiedene Weise ausgelöst werden, unter anderem durch:

- vaginale Untersuchungen, Untersuchungen des Muttermunds
- Gebärmutterkontraktionen
- Schmerzen
- Dammschnitt (Episiotomie)
- Einführung, Manipulation oder Verstopfung eines Harnkatheters
- Blasenüberdehnung
- Verstopfung, Obstipation und andere Probleme des Magen-Darm-Trakts
- Temperaturveränderungen unterhalb der Ebene der Schädigung, z.B. Hitze- oder Kälteeinwirkung auf die Füße; Auflegen der Füße auf kalte Fußstützen (des Untersuchungsstuhls); Verwendung eines Vaginalspekulums.

## Wie wird autonome Dysreflexie behandelt? Kann sie verhindert werden?

Das schnelle Erkennen der Symptome ist wichtig. Die Behandlung besteht aus dem Entfernen des Auslösers, sofern möglich. Schnell wirkende Antihypertensiva (Medikamente zur Bekämpfung der Bluthochdrucks) sollten zur Anwendung bereit liegen. Dauernde Kontrolle ist erforderlich, u.a. von Blutdruck, Herzschlag und -rhythmus sowie der Atmung. Dauerkontrolle ist auch für den Fötus nötig. Lokalanästhesie, epidural oder spinal, kann gegen autonome Dysreflexie wirksam sein.

Zur Vermeidung des Auftretens von autonomer Dysreflexie können etliche Maßnahmen unternommen werden. Blasenkatheterisierung sollte unter Lokalanästhesie vorgenommen werden, Verstopfung vermieden werden. Die Untersuchungen der Vagina und des Muttermunds sollten auf ein Minimum beschränkt werden. Kalte Fußstützen und Spekulum sollten nicht eingesetzt werden, es sei denn, es ist unbedingt nötig. Eine regionale Anästhesie zu Beginn der Wehen kann das Auftreten der autonomen Dysreflexie verhindern.

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)



## **Was ist die schwangerschaftsbedingte Hypertonie und wodurch unterscheidet sie sich von der autonomen Dysreflexie?**

Es ist wichtig, einen weiteren Zustand anzusprechen, der in der Schwangerschaft gelegentlich vorkommen kann, der schwangerschaftsbedingte Hypertonie oder Präeklampsie genannt wird, dessen Symptome denen der autonomen Dysreflexie ähneln. Die schwangerschaftsbedingte Hypertonie kann plötzlich oder graduell eintreten. Funktionsstörungen des Rückenmarks sind kein bekannter Risikofaktor für diesen Zustand. Die bekannten Auslöser der autonomen Dysreflexie verursachen die schwangerschaftsbedingte Hypertonie nicht. Ihre Ursache ist unbekannt. Sie kann zu einer leichten bis schweren Erhöhung des Blutdrucks führen. Darüber hinaus kann sie auch eine Erhöhung von Harnsäure- und Leberwerten sowie zu einer Reduzierung der Blutplättchen führen. Es kann auch Proteinurie (Eiweiß im Urin) verursachen. Diese Eigenschaften sind bei der autonomen Dysreflexie nicht vorhanden. Frauen mit schwangerschaftsbedingter Hypertonie leiden unter einem erhöhtem Anfallsrisiko. Die schwangerschaftsbedingte Hypertonie wird mit einer intravenösen Infusion von Magnesiumsulfat behandelt und verflüchtigt sich in der Regel kurz nach der Geburt.

## **Ist eine epidurale oder spinale Anästhesie für Frauen mit TM oder verwandten Krankheiten sicher?**

Die epidurale und spinale Anästhesie wird allgemein für Frauen mit TM und verwandten Krankheiten als sicher angesehen. Eine epidurale und spinale Anästhesie kann sogar sehr wirksam gegen das Auftreten von autonomer Dysreflexie sein, wenn eine Frau ein hohes Anfälligkeitsrisiko dafür hat. Es wird empfohlen, vor dem Einsetzen der Wehen die potentiellen Risiken und beachtungswürdigen Aspekte mit einem Anästhesisten durchzusprechen, um die Behandlung während der Wehen vorab zu klären. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass eine epidurale Anästhesie das Risiko eines Wiederaufflammens der Rückenmarksentzündung vergrößert.

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

## Welche Art von medizinischen Einrichtungen bieten die beste Versorgung für Frauen mit TM während der Wehen und der Geburt?

Die Art der medizinischen Einrichtung, die die Patientin aufsuchen sollte, hängt stark von der Schwere der Fehlfunktion des Rückenmarks ab. Ein besonders wichtiger Aspekt ist das Risiko der Frau, die lebensbedrohliche autonome Dysreflexie zu bekommen. Wenn dies zur Debatte steht, dann sollte einer sehr spezialisierten, hochtechnisierten Entbindungsklinik der Vorzug gegeben werden. Dort wird es möglich sein, eine Dauerkontrolle der Herz-/Kreislauffunktionen während der Wehen und der Geburt und die spezifisch nötige Behandlung zu gewährleisten. Wenn die autonome Dysreflexie aufgrund der Position der Rückenmarksschädigung kein Risiko darstellt, sollte man den betreuenden Arzt/Arzt für Geburtshilfe nach einer Empfehlung der geeignetsten Art der Einrichtung fragen.

## Nach der Geburt

### Was ist in der Zeit nach der Geburt zu beachten?

In der Zeit unmittelbar nach der Geburt tritt häufig eine Blasenüberdehnung auf. Eine Untersuchung der Blase ist besonders wichtig. Die Blase kann gelegentlich während der Geburt traumatisiert werden, was dazu führt, dass das Harnlassen nicht möglich ist. Falls eine Frau schon vor während der Schwangerschaft und vor der Geburt nicht in der Lage war, eigenständig Wasser zu lassen, so sollte die Anwendung eines innenliegenden Katheters anstatt wiederholter Katheterisierungen wegen der Schädigung des Dammgewebes und der Schwellung, die nach einer Vaginalgeburt auftritt, in Betracht gezogen werden.

Verstopfung ist ein weiteres Problem, das häufig in der Zeit nach der Geburt auftritt. Es ist wichtig, ein Programm zur Erleichterung des Stuhlgangs in der Zeit nach der Geburt aufzustellen bzw. weiterzuführen um das Verstopfungsrisiko zu vermeiden.

\* Englische Originalfassung

## Ist Stillen möglich?

Stillen ist zweifellos möglich und sollte, wenn erwünscht, angestrebt werden. Eventuelle Mobilitätseinschränkungen der Mutter müssen natürlich berücksichtigt werden. Medikamente, die während der Schwangerschaft eingenommen wurden oder nach der Geburt wieder aufgenommen werden müssen auf eventuelle Kontraindikationen gegen das Stillen geprüft werden.

## Warum ist es wichtig, sich der Möglichkeit einer Depression nach der Geburt bewusst zu sein?

Es besteht ein bekanntes Depressionsrisiko für Menschen, die unter transverser Myelitis leiden. Daher ist es wichtig, sich des Risikos bewusst zu sein, eine Depression nach der Geburt zu bekommen. Wurde eine Frau bereits zuvor gegen Depression behandelt oder wird sie es gegenwärtig, so ist es unumgänglich, sich der wahrscheinlichen Notwendigkeit der Behandlung in der Zeit nach der Geburt bewusst zu sein. Zu den warnenden Anzeichen und Symptomen für eine Depression zählen: Traurigkeit oder Angst, häufiges Weinen, Appetitlosigkeit, Vernachlässigen der eigenen Person, Schlafstörungen, keine Lust, normale alltägliche Tätigkeiten zu verrichten, Konzentrationsschwierigkeiten, ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Überängstlichkeit, Vernachlässigen des Babys, Suizid- oder Selbstverletzungsgedanken. Offenheit und Ehrlichkeit den Ärzten und dem Pflegepersonal gegenüber müssen sein. Denken Sie daran, man kann eine Depression behandeln!

## Zusammenfassung

Transverse Myelitis, akute disseminierte Encephalomyelitis und Neuromyelitis optica stehen nicht in Widerspruch zu einer Schwangerschaft. Es bestehen zweifellos Risiken, aber diese sind kontrollierbar. Schwanger zu werden wird auf jeden Fall die Anzahl von Ärzten steigern, mit denen Sie es zu tun haben. Das wird eine zusätzliche Komponente an Koordination erfordern, für die letztlich die Frau verantwortlich ist. Eine sorgfältige Planung vor der Empfängnis ist eine wertvolle Hilfe, um die Schwangerschaft und die Geburt so problemlos wie möglich zu gestalten. Die sorgfältige Untersuchung und Einschätzung durch Ihren Arzt für Geburtshilfe und Ihren Neurologen kann dabei behilflich sein, mögliche Risiken zu identifizieren und ihnen frühzeitig zu begegnen.

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)

**Literaturhinweise:**

*Berghella V, Spector T, Trauffer P, Johnson A. Pregnancy In Patients With Preexisting Transverse Myelitis. Obstetrics and Gynecology 1996;87:809-811.*

*Pereira L. Obstetric Management Of The Patient With Spinal Cord Injury. Obstetrical and Gynecological Survey 2003;58:10: 678-686.*

**Autoren:**

Verfasst von Donna Chatten, BSN, RN, Mitglied der Transverse Myelitis Association, in Zusammenarbeit mit Benjamin Greenberg, MD, MHS, Co-Director des Johns Hopkins Transverse Myelitis Center und Mitglied des medizinischen Beratungsgremiums der Transverse Myelitis Association.

Besonderer Dank gebührt Judith Pratt Rossiter, MD, Leiterin des Perinatal Center, Saint Joseph Medical Center, Towson, für ihre unschätzbare wichtige Hilfe bei der Erstellung dieser Broschüre.

\* Englische Originalfassung

*Obstetric Issues - TM, ADEM, NMO*, Publikation der TMA, 3. Überarbeitung, Februar 2007

[Herunterladen](#)