

Impfung von stillenden Frauen gegen SARS-CoV-2

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Nationalen Stillkommission (NSK)

Der potenzielle Nutzen der Impfung überwiegt bei Stillenden mit erhöhtem COVID-19-Risiko die theoretischen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit der Impfung deutlich.

Mit der Verabreichung von Nicht-Lebendimpfstoffen während der Stillzeit ist nach bisherigem Kenntnisstand kein erhöhtes Risiko für die Stillende oder den Säugling verbunden [1]. Zur Anwendung von mRNA-Impfstoffen in der Stillzeit, wie z.B. dem Einfluss auf den gestillten Säugling oder die Muttermilchproduktion/-sekretion liegen jedoch derzeit keine Daten vor. Eine grundsätzliche Routine-Impfung aller Stillenden wird derzeit auch auf Basis der aktuell limitierten Impfstoffressourcen mehrheitlich von den Fachgesellschaften nicht empfohlen [2, 3]. Die Ständige Impfkommission (STIKO) hält es jedoch für unwahrscheinlich, dass eine Impfung der Mutter während der Stillzeit ein Risiko für den Säugling darstellt [3, 4]. Auch die *Society for Maternal Fetal Medicine* sieht keinen Grund zu der Annahme, dass der Impfstoff ein Sicherheitsrisiko in der Stillperiode für Mutter und/oder Säugling darstellt [5]. Ein biologisch nachvollziehbarer Mechanismus, der Schaden verursachen könnte, ist derzeit nicht bekannt [6]. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen jedoch keine aussagekräftigen Studien zum Übertritt von Impf-Bestandteilen in die Muttermilch vor [4].

Der Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion für die stillende Frau ist mit dem gleichen hohen Wirkungsgrad der Impfung anzunehmen, wie dies in den bisherigen Studien für nicht-stillende Frauen gezeigt werden konnte, auch wenn detaillierte Angaben hierzu fehlen [5]. Vor allem bei persönlichen, durch Komorbiditäten oder Exposition bedingten Risiken für einen schweren COVID-19-Verlauf wie vorbestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen und ein geschwächtes Immunsystem sowie Diabetes, Hypertonie und Adipositas überwiegt der potenzielle Nutzen der Impfung die theoretischen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit der Impfung deutlich [1,2].

Es gibt Einzelberichte von schweren oder kritischen COVID-19-Fällen bei Kindern unter 12 Monaten [8, 9], auch wenn Säuglinge per se keine höhere Infektionswahrscheinlichkeit aufweisen und Infektionen häufig asymptomatisch oder mild verlaufen [10, 11]. Durch Immunisierung der Mutter kann jedoch das Risiko für eine kindliche Infektion minimiert werden. Durch Impf-Immunisierung gebildete Antikörper stellen nach Sezernierung in die Muttermilch einen potenziellen Infektionsschutz des Säuglings dar. Es konnten virus-spezifische IgA- [12],

IgM- und IgG- [13, 14] Antikörper gegen SARS-CoV-2 in Muttermilch von Frauen mit aktiver oder durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion in der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Neutralisierende Antikörper nach Infektion oder Impfung stellen zum jetzigen Zeitpunkt das beste humorale Immunkorrelat zum Schutz vor einer Infektion dar [15]. Auch wenn gesicherte Daten ausstehen, kann durch Muttermilch übertragene schützende Immunität eine passive Präventionsstrategie zum Schutz des Säuglings darstellen [16].

Daher sollten in der Beratung und Aufklärung die (potenziellen) Vorteile einer Impfung für Mutter und Säugling dargestellt und eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht werden [17]. Der Entwicklungs- und Gesundheitsnutzen des Stillens sollte dabei zusammen mit dem klinischen Bedarf der Frau an einer Immunisierung gegen COVID-19 (in Abhängigkeit von Risikofaktoren für eine SARS-CoV-2-Infektion/schwere COVID-19) berücksichtigt werden, und über das Fehlen von Sicherheitsdaten für den Impfstoff bei stillenden Frauen soll informiert werden [1]. Bei erhöhtem Sicherheitsbedürfnis der Stillenden kann eine individuelle Festlegung eines still-freien Zeitraums von 1 bis 3 Tagen nach der Impfung in Erwägung gezogen werden. Internationale Empfehlungen sehen hier jedoch keine Notwendigkeit für die Verzögerung eines Stillbeginns, einer Stillunterbrechung oder des Abstillens nach Impfung [5,18].

Redaktionsgruppe:

DGPM	Dr. med. Janine Zöllkau* (Jena), PD Dr. med. Ulrich Pecks (Kiel), Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner (Jena)
DGGG/AGG	Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn (Berlin), Prof. Dr. med. Sven Kehl (Erlangen)
NSK	Prof. Dr. med. Regina Ensenauer (Karlsruhe), Jennifer Hilger-Kolb M.Sc. (Karlsruhe)

*Universitätsklinikum Jena, Klinik für Geburtsmedizin, Am Klinik 1, 07747 Jena
janine.zoellkau@med.uni-jena.de

Quellen:

1. JCVI. Advice on priority groups for covid 19 vaccination 30 dec 2020 revised. In; 2020
2. RCOG. Covid-19 vaccination and pregnancy. In; 2020
3. RKI S. Mitteilung der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut: Beschluss der STIKO zur 1. Aktualisierung der COVID-19- Impfpfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung, STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung Aktualisierung am 8. Januar 2021. In; 2021
4. CDC. Pregnancy in Breastfeeding - vaccines reccomendations. In; 2020
5. WHO. Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1
6. experts SfMFM-H-rp. Statement: SARS-CoV-2 Vaccination in Pregnancy. In; 2020

7. Institute of Obstetricians and Gynecologists I. Statement Pregnancy Covid-19. In, releases; 2020
8. Dong Y, Mo X, Hu Y et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics* 2020; 145. doi:10.1542/peds.2020-0702
9. CDC. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69:422–6. In; 202
10. Mithal LB, Machut KZ, Muller WJ et al. SARS-CoV-2 Infection in Infants Less than 90 Days Old. *J Pediatr* 2020; 224: 150-152. doi:10.1016/j.jpeds.2020.06.047
11. Raschetti R, Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C et al. Synthesis and systematic review of reported neonatal SARS-CoV-2 infections. *Nat Commun* 2020; 11: 5164. doi:10.1038/s41467-020-18982-9
12. Lebrao CW, Cruz MN, Silva MHD et al. Early Identification of IgA Anti-SARSCoV-2 in Milk of Mother With COVID-19 Infection. *J Hum Lact* 2020; 36: 609-613. doi:10.1177/0890334420960433
13. Gao X, Wang S, Zeng W et al. Clinical and immunologic features among COVID-19-affected mother-infant pairs: antibodies to SARS-CoV-2 detected in breast milk. *New Microbes New Infect* 2020; 37: 100752. doi:10.1016/j.nmni.2020.100752
14. Lackey KA, Pace RM, Williams JE et al. SARS-CoV-2 and human milk: What is the evidence? *Matern Child Nutr* 2020; 16: e13032. doi:10.1111/mcn.13032
15. Cimolai N. A Minimalist Strategy Towards Temporarily Defining Protection for COVID-19. *SN Compr Clin Med* 2020. doi:10.1007/s42399-020-00533-4: 1-8. doi:10.1007/s42399-020-00533-4
16. Cimolai N. Applying Immune Instincts and Maternal Intelligence from Comparative Microbiology to COVID-19. *SN Compr Clin Med* 2020. doi:10.1007/s42399-020-00634-0: 1-14. doi:10.1007/s42399-020-00634-0
17. ACOG. Vaccinating pregnant and lactating patients against covid-19. In, clinical guidance practice advisory; 2020
18. Academy of Breastfeeding Medicine A. ABM STATEMENT Considerations for COVID-19 Vaccination in Lactation. In; 2020