Chlamydienscreening bei über 5000 Graviden

E.		Wild ^a
W.		Grünberger ^a
B.		Maly ^a

^aGynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der KA Rudolfstiftung Wien (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. W. Grünberger) ^bDermatologische Abteilung der KA Rudolfstiftung Wien (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. J. Söltz-Szöts)

Dr. E. Wild, Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung, Rudolfstiftung, Juchgasse, A-1030 Wien

Einführung

Chlamydia trachomatis (CT) sind bakterienähnliche Mikroben, sogenannte Energieparasiten. Ihre Serotypen D-K haben im gynäkologisch und geburtshilflichen Bereich besondere Bedeutung erlangt [1]. Infektionen können asymptomatisch verlaufen, aber auch in 50% aller Fälle zu Fluor, Cervicitis, Dysurie, Endometritis, Salpingitis, Pelvioperitonitis sowie zum Fitz Hugh Curtis Syndrom führen. Während der Schwangerschaft können CT vorzeitigen Blasensprung, verkürzte Schwangerschaftsdauer, verringertes Geburtsgewicht und in 10% erhöhte perinatale Mortalität verursachen [2]. Bei unbehandelten Patientinnen kann die Infektion auf das Neugeborene übertragen werden und zu Konjunktivitis (30% aller Neugeborenenkonjunktivitiden) und bei etwa 25% zu afebriler Pneumonie führen [3]. Aufgrund dieser Schwangerschaftskomplikationen haben wir routinemäßig ein Chlamydienscreening an allen bei uns betreuten Schwangeren durchgeführt.

Untersuchungszeitraum

1. 1. 86–1. 1. 89

Methode

In der 30–34. SSW wurden nach Reinigung der Vagina mittels sterilem Tupfer aus dem CK und dem hinteren Fornix mittels sterilem Stiltupfer je ein Abstrich entnommen, auf einem Objektträger appliziert, luftgetrocknet und azetonfixiert. Anschließend wurde mit monoklonalen fluoreszenzmarkierten Antikörper inkubiert. Die Auswertung erfolgte mittels Fluoreszenzmikroskop.

Ergebnis

Von 5.244 Patientinnen wurden bei 437 (8,3%) eine Infektion nachgewiesen. Bei 4.807 (91,7%) Patientinnen war der Befund negativ.

Tabelle I.

Anzahl der Untersuchten	pos. (%)	Neg. (%)
5.244		
437 (8,3)		
4807 (91,7)		

Poster

3(3)

Therapieschema

3 × 500 mg Josamycin (Josolid) durch 10 Tage bei gleichzeitiger Partnerbehandlung. Eine Nachkontrolle aller positiven Patientinnen erfolgte nach 14 Tagen.

Zusammenfassung

Trotz steigender Frühgeburtenrate im Großraum Wien ist an unserer Abteilung dieses Risikokollektiv nahezu unverändert geblieben, dieses führen wir auf unser CT-Screening und die entsprechende Therapie zurück.

In einem Zeitraum von 1. 1. 1986 – 1. 1. 1989 wurden 5.244 Gravide in der 30.-34. SSW auf eine Infektion mit *Chlamydia trachomatis* untersucht. Die Diagnose erfolgte mittels DIF-Assey. 437 Patientinnen (8,3%) waren positiv. Die infizierten Graviden und deren Partner wurden Antibiotisch behandelt. Aufgrund der Komplikationen für Mutter und Kind war ein generelles CT-Screening empfehlenswert.

Literatur

1 Schachter, J.: Chlamydical infections. New England J. Med. 298: 428–435, 490–495, 540–549 (1978). 2. Gunby, P.: Chlamydia trachomatis diseases are on the rise. J. Am. Med. Ass. 242:

2520–2521 (1979). 3 McMillan, J. A., Weiner, L. B., Lamberton, H. V., Hagen, J. H., Aubry, R. H.,

Abdul-Karim, R. W., Sunderji, S. G., Higgins, A. P.: Efficacy of maternal screening and therapy in the prevention of Chlamydia infection of the newborn. Infection 13: 263–266 (1985).

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 393–397 (1989)

Mammacarcinom: Entwicklungen seit 1963

E. M. Paterok, A. H. Tulusan, G. Ronay

Universitäts-Frauenklinik Erlangen (Direktor: Prof. Dr. med. N. Lang)

Von 1963 bis 1988 wurden an der Univ.-Frauenklinik Erlangen 3580 Frauen mit einem Mammacarcinom behandelt. Unsere Klinik hatte in diesem Zeitraum eine verhältnismäßig geringe Bevölkerungsmobilität.