Die Bedeutung der Toxoplasmose für die Geburtshilfe

H.

Kräubig

Aus der **Universitäts-Frauenklinik** Göttingen (Direktor: Prof. Dr. H. Kirchhoff)

Adresse des Autors: Prof. Dr. H. Kräubig, **Universitäts-Frauenklinik**, Göttingen (Deutschland)

Zu den intrauterin übertragbaren Erkrankungen gehört die Toxoplasmose, als deren Erreger das sichelförmige *Toxoplasma gondii* bekannt ist. Die Toxoplasmen gelangen postnatal im Rahmen einer Schmutz- und Schmierinfektion, vornehmlich aber wohl auf dem Wege einer oralen Infektion durch kontaminiertes Fleisch in den Organismus. Die Erwachsenentoxoplasmose verläuft meistens latent, wobei allerdings die Lymphadenitis toxoplasmotica besondere Aufmerksamkeit verdient.

Der Übergang der Toxoplasmen auf die Frucht erfolgt hämatogen anlässlich einer frischen Infektion der Mutter im Rahmen einer Parasitämie, und zwar vorwiegend in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Die Ausbildung eines Plazentaherdes scheint dazu nicht unbedingt notwendig zu sein. Möglicherweise wird die Frucht aber auch analog der Listeriose über das Fruchtwasser infiziert. Auf Grund neuer Forschungsergebnisse ist anzunehmen, daß durch die Anwesenheit von Pseudozysten (intra-zelluläres Vermehrungsstadium) im Endometrium die Frucht bereits in den ersten Monaten der Schwangerschaft in der Entwicklung gestört werden kann. Das bedeutet aber auch gleichzeitig die Schädigungsmöglichkeit bei einer latenten mütterlichen Erkrankung (Toxoplasmainfektion).

Als Folgen einer mütterlichen Toxoplasmose kennen wir eine ganze Skala der unterschiedlichsten Störungen, deren Häufigkeit sich nur schwer definieren läßt. Keineswegs führt jede mütterliche Infektion zur Erkrankung des Kindes. Am besten bekannt ist die klassische konnatale Toxoplasmose. Hierbei finden sich akute zerebrale Erscheinungen (Enzephalitis) bzw. eine Chorioretinitis, häufiger als Folge der bereits intrauterin abgelaufenen Erkrankung ein Hydrozephalus, intrazerebrale Verkalkungen, chorioretinitische Pigmentherde, eine Mikrophthalmie und eine Opticusatrophie. Auch eine Leber- und Milzschwellung mit Ikterus können Ausdruck einer konnatalen Toxoplasmose sein. Später auftretende Krampfanfälle, Augenstörungen und eine mentale Retardierung sind Hinweise auf eine eventuelle oligosymptomatische konnatale Toxoplasmose. Die Kinder kommen öfter als Frühgeburten zur Welt. Die Toxoplasmose stellt eine der (seltenen) Ursachen für Totgeburten und Mißbildungen dar. Gegenüber früheren Vorstellungen soll die Toxoplasmose öfter zu Aborten, insbesondere auch wiederholten Fehlgeburten führen. Dagegen ist noch kein pathologisch-anatomisch gesicherter Fall der wiederholten Geburt eines konnatal geschädigten Kindes bekannt geworden. 16 Gynaecologia, Vol. 159, No. 3 (1965)

186 Kräubig, Die Bedeutung der Toxoplasmose für die Geburtshilfe

Die Erkennung der «gefährdeten Schwangerschaften» stößt auf gewisse Schwierigkeiten. Der Erregernachweis gelingt nur selten. Da die Mutter die Erkrankung subklinisch erwirbt, muß man besonders auf Lymphknotenschwellungen (cervico-nuchal) achten. Das Schwergewicht der Diagnostik liegt auf der Serologie (Sabin-Feldman-Test und Komplementbindungsreaktion),

wobei die Deutung der Titer-werte eine gewisse Erfahrung und Kritik erfordert. Nur ein markanter Titerwechsel von Negativ bzw. niedrigen Werten zu höher positiven Ergebnissen (S. F.-Test ab 1:1000) bzw. ein einmalig hoher Titer sprechen für eine frische Infektion. Zur Auswahl der gefährdeten Graviden kann man auch bis zur 16. Schwangerschaftswoche einen Hauttest (Allergieprobe) durchführen. Nur die negativ Reagierenden müssen dann später serologisch überprüft werden. Höhere Titer sprechen für eine zwischen-zeitlich erfolgte Infektion.

Die Behandlung muß bei alien manifest erkrankten bzw. nachweislich (serologisch) frisch infizierten Müttern erfolgen. Dabei hat sich bisher die Kombination eines Sulfonamids (z. B. Supronal 40–48 g) mit Daraprim (tägl. 1 Tabl. à 25 mg über 4 Wbchen) am besten bewährt. Die Kur sollte nach Möglichkeit wiederholt werden. Das gilt vor allem auch für jene latent infizierten Fälle mit belastender Anamnese (habituelle Aborte, Totgeburten), bei denen man eventuell auf das Daraprim ver-zichten kann. Allerdings sollte u. E. erst nach Abschluß der Organogenese die medi-kamentöse Prophylaxe einsetzen. Leider gibt es kein objektiv verwertbares Krite-rium zur Feststellung des Erfolges der Behandlung. Die Sicherheitsbehandlung er-scheinungsfreier Neugeborener erfolgt nur nach einer strengen Indikationsstellung.

Gibt es Möglichkeiten für eine Prophylaxe ? Wegen des ubiquitären Vorkommens der Toxoplasmen muß die Umgebungsprophylaxe als wenig erfolgversprechend an-gesehen werden. Auf jeden Fall sind aber kranke Tiere (Staupe!) aus der Umgebung der Schwangeren zu entfernen. Nur durch eine systematische (serologisch

Intraku-tantest) Kontrolle aller schwangeren Frauen ist es möglich die frische Infektion zu erkennen. Eine klare Antwort auf die Frage ob eine generelle Testung aller schwangeren Frauen im Hinblick auf eine Toxoplasmosose erfolgen soil

kann noch nicht gegeben werden.