



### Infektionen in der Schwangerschaft

Während in den letzten Jahren akute Rötelninfektionen in der Schwangerschaft aufgrund der Durchimpfung und der Mutterschaftsvorsorge immer seltener wurden, stellen Infektionen mit Cytomegalievirus (CMV), Parvovirus B19 (Ringelröteln), Varizella Zoster Virus (VZV, Windpocken) und die Toxoplasmose ein zunehmendes Problem für die Schwangerschaft dar. Insbesondere die CMV-Infektionen und die Toxoplasmose können symptomfrei verlaufen, so dass sie nicht akut bemerkt werden, aber während der Schwangerschaft zu schweren fetalen Schädigungen oder Entwicklungsstörungen des Kindes führen. Es ist deshalb wichtig, den Immunstatus der Schwangeren gegen diese Erreger durch die Bestimmung der IgG-Antikörper möglichst am Anfang der Schwangerschaft festzustellen. Eine spätere serologische Abklärung des Infektionszeitpunktes und damit einer möglichen fetalen Schädigung ist vor allem im späteren Verlauf schwierig, aufwendig und teuer.

Leider ist die Bestimmung des Immunstatus gegen diese Erreger noch nicht routinemäßig in die Mutterschaftsvorsorge aufgenommen. **Als Leistung der GKV gilt nur die Abklärung einer akuten Infektion.** Egal, ob als Kassenleistung oder IGeL, ist der Gynäkologe verpflichtet, die Schwangeren über diese Infektionsrisiken aufzuklären.

#### Cytomegalie-Virus-Infektionen

Die CMV-Infektion ist mit 1-4% weltweit die häufigste kongenitale Infektion mit kindlichen Schäden. Ca. 40% der gebärfähigen Frauen haben noch keine CMV-Infektion durchgemacht und somit keine Schutzantikörper. Die Primärinfektion verläuft in ca. 90% ohne oder mit uncharakteristischen Symptomen. Die fetale Infektionsrate beträgt 30-40%. Davon sind 10% der betroffenen Kinder bei der Geburt auffällig; bei 10-15% kommt es zu Spätschäden wie Verkalkungen des Gehirns, Entzündung der Netzhaut, Erblindung oder Taubheit.

Die serologische Untersuchung (spez. IgG- und IgM-Antikörpernachweis) sollte in der Frühschwangerschaft erfolgen und bei seronegativen Schwangeren in der 20. bis 24. SSW kontrolliert werden.

#### Varizella-Zoster-Virus (Windpocken)

Eine Windpockeninfektion kann bis zur 23. SSW zu einem konnatalen Varizellen-Syndrom mit Hautnarben, Gliedmaßenveränderungen, geringes Geburtsgewicht, Lähmungen u.a. bei ca. 1 bis 2% der erkrankten Patientinnen führen. Ca. 94% aller Schwangeren haben eine Primärinfektion bereits durchgemacht und sind geschützt. Bei seronegativen Schwangeren kann einer Erkrankung nach Windpocken-Kontakt durch die rechtzeitige Gabe eines Immunglobulins in ca. 50% vorgebeugt werden. Wir empfehlen daher, den Antikörperstatus zu bestimmen, falls sich die Schwangere oder deren Mutter nicht an Varizellen erinnern.

#### Parvovirus B19 Infektion (Ringelröteln, Erythema infectiosum)

Ringelröteln treten als typische Kinderkrankheit vor allem bei 4-10Jährigen im Winter und im Frühjahr auf. Daher ist ein regelmäßiger und intensiver Umgang mit Kindern in diesem Alter der größte Risikofaktor für empfindliche Schwangere. 30-50% der Erkrankungen verlaufen ohne typische Symptome. In diesen Fällen kann eine Infektion nur durch die Bestimmung der spez. IgG- und IgM-Antikörper erkannt werden. Ca. 60-70% der Schwangeren haben die Erkrankung bereits früher durchgemacht und sind vor einer Primärinfektion geschützt. Bei Infektionen insbesondere zwischen der 14.-28. SSW besteht ein erhöhtes Risiko einer Fetopathie mit Hydrops fetalis und hämolytischer Anämie, die zwar nicht zu Missbildungen, aber zum intrauterinen Fruchttod führen kann. Bei erhöhtem Expositionsrisiko sollte deshalb der Antikörperstatus bestimmt werden.

#### Toxoplasmose

Diese durch *Toxoplasma gondii* verursachte Infektion wird hauptsächlich über Katzenkot, Gartenarbeit oder den Genuss von rohem Fleisch übertragen. Das Risiko einer fetalen Infektion besteht bei Primärinfektion in der Schwangerschaft und möglicherweise auch um den Konzeptionstermin. Unbehandelt können für das Kind schwerwiegende Folgen auftreten, die von Gehirnerkalkungen mit möglichen Krampfanfällen bis zum Hydrozephalus reichen. Bei nicht geschützten Schwangeren (60-65%) sollte eine Kontrolle in der Frühschwangerschaft, in der 18., 24.-28. und 33.-35. SSW erfolgen. Im Falle einer akuten Infektion erfolgt zeitabhängig eine Therapie mit Spiramycin oder Sulfadiazin, Pyrimethamin und Folsäure.

Da die spez. IgM-Antikörper lange persistieren können, ist serologisch eine Aussage über den Infektionszeitpunkt und damit zur Therapieindikation vor allem im 2. oder 3. Trimenon mit den höchsten Infektionsraten schwierig, aufwändig und erfordert eine Reihe weiterer serologischer Untersuchungen. Deshalb sollte der Antikörperstatus bereits vor oder zu Beginn der Schwangerschaft bekannt sein.

#### B-Streptokokken-Screening

B-Streptokokken (Synonyme: Streptokokken der Gruppe B, *Streptokokkus agalactiae*) besiedeln bei ca. 20-30% der gesunden beschwerdefreien Schwangeren den mütterlichen Genitaltrakt und den Darm. Perinatal kann es jedoch zu schweren fieberhaften Infektionen der Neugeborenen kommen. Dies lässt sich durch eine rechtzeitige Antibiose verhindern.

Für das Screening ist ein bakteriologischer Abstrich aus Scheide und Rektum erforderlich.

**Zu diesen Themen stehen Ihnen auch Flyer für Ihre Patientinnen zur Verfügung, welche Sie anfordern können.**

#### Ansprechpartner

##### Passau:

Dr. med. C. Engelschalk  
Dr. med. Dr. rer. nat. E. Schnaith  
Tel.: 0851-959300

##### Deggendorf:

Dr. med. Dipl.-Chem. J. Bayerl  
Dr. med. B. Wiegel  
Tel.: 0991-370950

MVZ Dr. Schubach, Dr. Engelschalk,  
Dr. Bayerl, Dr. Wiegel und Kollegen  
Wörth 15, 94034 Passau

[www.labor-schubach.de](http://www.labor-schubach.de)

© 04/2010