

ZUSAMMENFASSUNG

Fortbildung Sterilitätsmedizin

Dortmund, 06. März 2019

Hauptthema

„Toxoplasmose für Frauenärztinnen und Frauenärzte“

(Referent: Prof. Dr. Uwe Groß, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Göttingen)

Informationen unter: www.rki.de (Ratgeber Toxoplasmose)

Transmissionsrisiko und klinische Symptome des Kindes bei Geburt (n = 542) (Desmonts and Couvreur, 1984)



Bei einer Erstinfektion der Mutter während der Schwangerschaft weisen
6 - 10% der Kinder Geburtsdefekte auf.

Pathogenese - Epidemiologie - Klinik - Diagnostik - Therapie -> Screening?

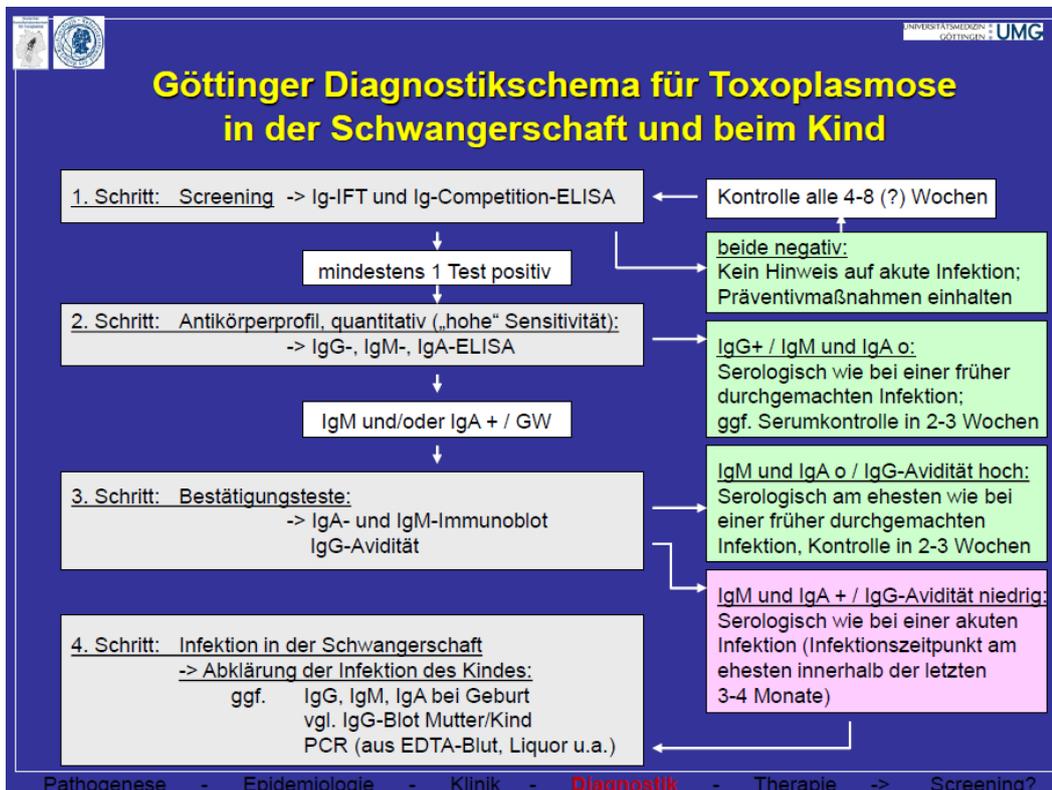
Die Erstinfektion verläuft für die Schwangere meistens ohne Symptome



Klinische Symptome der postnatal erworbenen Toxoplasmose

- In mehr als 95% -> Keine Symptome, aber Erregerpersistenz im Gehirn
- Lymphadenitis
- Encephalopathie (Kopfschmerzen)
- Retinochorioiditis

Pathogenese - Epidemiologie - **Klinik** - Diagnostik - Therapie -> Screening?



Abklärung bei Serokonversion in der Schwangerschaft: Untersuchungen beim Föten / Neugeborenen

- Nachweis von **IgM-Antikörpern** in den ersten 6 Lebensmonaten (bei Nachweis in den ersten Lebenstagen ist eine Kontrolle nach der ersten Lebenswoche erforderlich)
- Nachweis von **IgA-Antikörpern** in den ersten 6 Lebensmonaten (bei Nachweis in den ersten Lebenstagen ist eine Kontrolle nach dem 10. Lebenstag erforderlich)
- **Vergleichendes IgG-Profil** von Mutter und Kind (CGMC-Test)
- **Zunahme der IgG-Antikörper** innerhalb der ersten 12 Lebensmonate
- **Persistierend positiver IgG-Antikörpernachweis** jenseits des 12. Lebensmonats
- Positiver **Erregernachweis** (z. B. PCR, Maustest, Zellkultur)
- **IFN- γ release assay** (in wissenschaftlicher Evaluierung)

Lebech et al., 1996, modifiziert 2012

Pathogenese - Epidemiologie - Klinik - Diagnostik - Therapie -> Screening?



Efficacy of Rapid Treatment Initiation Following Primary *Toxoplasma gondii* Infection During Pregnancy

Andrea Hotop,¹ Harald Hübli² and Uwe Groß¹ *Clinical Infectious Diseases* 2012;54(11):1545-52
¹Institute for Medical Microbiology, German National Consulting Laboratory for Toxoplasmosis, University Medical Center Göttingen, and ²Advisory Laboratory for Toxoplasmosis, Siedelfingen, Germany

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN : UMG

Therapie in der Schwangerschaft

- < 16. SSW: Spiramycin (3 x 3 Mio U/Tag)
- ≥ 16. SSW: Pyrimethamin (50 mg am 1. Tag, danach 25 mg/Tag) + Sulfadiazin (< 80 kg KG = 3g/Tag; ≥ 80 kg KG = 4 g/Tag) + Folsäure (10-15 mg/Woche)
- > generell für mindestens 4 Wochen
- > für 6 Wochen (bei Infektion nach der 16. SSW)
- > bis zur 36. SSW (bei PCR+ aus Fruchtwasser)
- > bis zur Geburt (bei auffälligem Ultraschall)
(Hydrozephalus/ ventrikuläre Dilatation)
- > regelmäßige Pyr- und Sulfa-Spiegelbestimmungen, sowie Ausschluss von Nebenwirkungen

Pathogenese - Epidemiologie - Klinik - Diagnostik - Therapie -> Screening?

Datum der nächsten Fortbildung (03/2019): Mittwoch, 10. Juli 2019, 19:00 Uhr

XXIII. STERILITÄTSMEDIZINISCHES KOLLOQUIUM

Ort: Radisson Blu Dortmund, An der Buschmühle 1, 44139 Dortmund

Themen:

Neues zur bakteriellen Vaginose und aeroben Vaginitis

Referent:

Prof. Dr. Werner Mendling, Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe, Wuppertal

Prof. Dr. Werner Mendling hat weit über 300 Publikationen, Buchbeiträge und Vorträge verfasst sowie über 200 Seminare zu gynäkologischen Infektionen gehalten. Der bundesweit bekannte Buchautor ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie in der DGGG.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depressionen – Risikofaktoren, Symptomatik, Diagnostik

Referentin:

Prof. Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Was als typisch für eine Frau oder einen Mann gilt, wird nicht nur biologisch bestimmt, sondern ist auch Ausdruck gesellschaftlicher Konstruktionen von Weiblichkeit und Männlichkeit. Depressionen galten lange Zeit als Frauenkrankheit. Zu Unrecht?